

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLII

Agosto de 1941

N. 2

Prurido anal *

Dr. Ribeiro de Camargo

Proctologista em Curitiba — Paraná

O prurido anal é uma afecção que se nos apresenta sob duas formas, uma benigna, suportável e outra grave, insuportável. Ambas surgem por poussés, sendo mais acentuadas á noite. Mais comum no sexo masculino e mais frequente no verão.

A forma benigna é no geral guardada em segredo pelos doentes, pois o acanhamento os faz sofrer, até que uma crise violenta os leva ao médico. E' uma doença considerada por muitos de carater banal, mas muitas vezes todas as terapeuticas falham, levando o doente ao desespero.

A forma grave é chamada essencial ou idiopática. Atinge principalmente os individuos neuro-artríticos, com tendencia á gota, litíase ou reumatismo. Felizmente para nós esta forma não é tão frequente na clinica, mas é a que mais nos interessa, devido a dificuldade da terapeutica.

Faremos primeiramente um apanhado geral sobre as varias afecções locais e molestias gerais, nas quais o sintoma prurido anal se sobrepõe a todos os outros, chamando principalmente a nossa atenção.

E' evidente o fato de que em todos os casos de prurido sempre encontramos uma causa provavel local: Mariscos, grandes hemorroidas fibrosadas em prolapso, fissuras, etc. ou uma causa geral: Diabete, sífilis, leucemias, insuficiencia hepática, ictericias, prisão de ventre, diarréia, amebiase, perturbações endocrínicas,

* Trabalho apresentado á Associação Médica do Paraná em 16 de março de 1941.

certos medicamentos, como a quinina, opiáceos, atofan, antipirina, etc. As nossas promessas de alívio são dadas com sinceridade e muitas vezes um tratamento bem orientado produz resultados satisfatórios. Mas... outros casos existem em que as causas vão sendo postas de um lado, do outro vão sendo colocadas as nossas e as esperanças dos doentes.

O prurido continua sempre intenso, tornando-os cada vez mais impacientes.

Entre as diversas classificações do prurido anal, a que nos parece a mais prática é a de de GABRIEL, que agrupa os varios casos de acordo com as causas prováveis.

No 1.º GRUPO são colocados os casos mais simples, devido principalmente a uma limpeza imperfeita da região. São indivíduos de pelos abundantes, que transpiram muito, que trabalham em serviços pesados ou que usam roupas de lã.

No 2.º GRUPO estão as causas retais e afecções retocolicas que determinam hiper-secreção da mucosa: Hemorróidas internas, incontinencia do esfinter externo, tumores retais, reto-colites, estreitamentos, consequencias de operação de WHITEHEAD e também vasamento de parafina liquida, resultante de ingestões excessivas.

No 3.º GRUPO predominam as afecções anais, tais como grandes mariscos, fissuras, fistulas, tumores, etc... Nas mulheres principalmente, os corrimentos vaginais onde predomina o trichomona vaginalis. Algumas observações interessantes foram feitas por SWIFT com relação às condições aliadas ao prurido anal e vulvar. Por meio de análises gastricas, ele encontrou acloridria nesses casos e sugeriu que as alterações da valvula, hipertroficas ou atroficas e outras manifestações como unhas quebradiças e pele pulverenta são devidas a acloridria e deficiência da absorção de vitamina A.

No 4.º GRUPO temos as parasitoses: Estas são na verdade uma eventualidade muito frequente e que 1.º devem ser pesquisadas, quer durante a inspeção, quer durante a anuscopia quando muitas vezes vemos o seu habitual causador: O OXIUROS EM MOVIMENTO.

Quando o verme não é encontrado, faremos as pesquisas de seus ovos na secreção do canal anal, lugar predileto para a desova. Nas creanças podemos procurar no raspado das unhas.

O pediculose pode ser também a causa do prurido.

No 5.º GRUPO encontramos as micóses.

As nossas pesquisas orientam-se para esse lado quando a pele do anus se nos apresenta ligeiramente congesta e coberta de pequenas escamas. O aspeto é mais característico, quando se

notam nas margens laterais pequenas vesículas ou mesmo pústulas. Este aspéto nunca se nota nos polos anterior e posterior, porque o atrito nesse ponto provoca maceração.

Os cogumelos mais frequentemente encontrados são: o epidermofício e o tricofício.

No 6.^o GRUPO encontramos o prurido anal originário de molestias gerais, como sejam a diabetes, sífilis, e o eczema da margem do anus. No meu parecer, estas duas ultimas causas entram com um contingente enorme de casos. O prurido coexistente com a diabetes é quasi sempre micótico. O tratamento alternante é o que se deve fazer.

O eczema da margem do anus é muito frequente e a sua importancia como causa do prurido se equilibra com a oxiurose. Muito embora o seu aspéto seja muito variavel, de acordo com o estado que se apresenta, indo desde uma pequena congestão peri-anal, com vesículas, até os eczemas infetados secundariamente. A sífilis é indiscutivelmente um fator importante no prurido anal. Já não falo dos casos de condilomas planos, em que a queixa é muitas vezes de coceira.

Em qualquer anite, para a qual não se encontre uma causa evidente, devemos pensar na sífilis e pesquisa-la com cuidado e trata-la mesmo quando os exames comuns resultarem negativos, especialmente quando a anamnese para esse lado resultar positiva ou duvidosa. Por outro lado, tratamentos insuficientes da sífilis podem masarar as manifestações secundarias, dando le-sifilis podem mascarar as manifestações secundarias, dando le-chegando as papulas condilomatosas). Outras vezes o paciente pode nos procurar logo ao primeiro toque de prurido, quando apenas se percebe à inspeção uma intensa congestão peri-anal, que não nos faz lembrar a sífilis.

Resta-nos dizer algumas palavras sobre o prurido anal essencial ou idiopatico. Neste grupo estão todos os casos para os quais não se encontraram causas provaveis locais ou gerais, ou, se encontradas, não alteram o quadro local. São sempre casos nos quais falharam todas as experiencias de tratamento.

A pele que circunda o anus apresenta-se com grande irritação, principalmente no pólo posterior despigmentada, com as radiações anais edemaciadas e com os sulcos mais profundos. Naturalmente este aspéto é muito variavel. A hipertrofia do tecido celular sub-cutaneo é a mudança histológica mais evidente.

Existem varias teorias para explicar a origem do prurido essencial. Citamos algumas:

1) A de RODDOCH que compara o edema papuloso e o prurido da urticaria, com o edema da margem do anus, no prurido

anal. Acreditamos ser esta uma das causas mais prováveis. Acha mesmo útil o tratamento das hemorróidas internas, quando existam, pois aliviam a estase e com esta o edema. Diz mesmo que todos os tratamentos das hemorróidas por infiltração sub-cutanea (alcool, oleos, anestésicos, etc.) devem a estabilidade dos seus meritos à esclerose que produzem localmente.

2) LOKARD-MUMMERY atribue a uma fibrose das terminações nervosas da região.

3) MONTOMERY considera o prurido como um fenomeno alérgico.

4) TUCKER e HELLURING, que encontraram uma riqueza excepcional de nervos com fibras sensitivas nucleicas e os corpusculos taceis de MEISSNER nas papilas dos pruriginosos, concluem que a irritação destes nervos sensitivos por exudato inflamatório seja a causa primaria do prurido.

5) DWGHIT MOURRAY crê num provavel fundo infeccioso. Ele isolou dos tecidos pruriginosos o *Estreptococo fecalis* e preparou auto-vacinas. Os resultados positivos foram de 80 %. Na revista de GASTROENTEROLOGIA AMERICANA, N.º de Dezembro de 1939, ha um artigo de COUNOR confirmando os trabalhos de MOURRAY.

E' interessante notar que este autor acha que o tratamento do prurido por infiltração sub-cutanea peri-anal de substancias como o alcool, acido fenico, etc. agem por seu efeito direto sobre os germes.

Vemos pois que as duas teorias (a do edema e a infecciosa) aceitam o tratamento por infiltração sub-cutanea de diferentes substancias, attribuindo a primeira os bons resultados colhidos a uma esclerose e a segunda a uma ação antisética.

Diremos agora algumas palavras sobre a terapeutica lembrando a principio as medidas de ordem geral, isto é, aquellas uteis para qualquer que seja a etiologia e tratamentos especiais que visam as causas mais prováveis. Existindo um tão grande numero de teorias para explicar o prurido anal essencial, já poderemos antever que os tratamentos preconizados são tambem muito variados.

Primeiramente devemos iniciar o tratamento melhorando si necessario a higene do doente, indicando banhos após as defecações e o uso de sabão neutro. Depois, como regime dietético, eliminamos os condimentos e as conservas. Varia o regime alimentar conforme o estado intestinal, daí a necessidade da prova funcional do aparelho digestivo, afim de se verificar principalmente o grau de fermentação ou putrefação.

6)

No geral os portadores de prurido são indivíduos nervosos e o uso dos sedativos ou bromentos dados no momento das crises é aconselhado.

O tratamento local visa as escoriações que sempre se encontram na margem do anus. Para esse fim usam-se nitarato de prata em solução a 3 %, violeta de genciana a 10 %, fucsina Ziel pura, iodo a 2 %, acido fenico a 2,5 %, mercurio cromo e tintura de mertiolato.

Os tratamentos especializados variam naturalmente de caso para caso. Assim as fissuras serão operadas, os polipos retirados, as hemorroidas internas esclerosadas e as lesões retais e reto-colites tratadas clinicamente.

Sempre que à inspecção notamos algumas anormalidades no anus: mariscos, trombos, orificios de fistulas, condilomas, hemorróidas em prolapso, ulceras, papilites, cripitites, etc., a nossa terapeutica se orientará nesse sentido. Quando a oxiurose é a causa, usa-se crister de solução hipertonica de cloreto de sodio. Dos vermifugos preparados BUTOLAN e OXIUCID são os que melhor resultado nos têm dado.

Aconselha-se tambem untar o anus à noite com pomada precipitado branco de mercurio. Para as creanças um cuidado especial deve ser tomado para evitar a reinfestação com o uso de luvas ou calça de borracha.

Contra a pediculose temos a classica pomada mercurial e mais recentemente FLIT. As micoses são esterminadas com uma solução de 1 % de iodo, acido salicilico e licor de HOFFMANN. O produto DERMATOMICOL dizem os autores dar bons resultados. Tambem é aconselhado o iodureto de potassio.

Tratando-se de eczemas, far-se-á o tratamento desensibilizante com hiposulfito de sodio, peptona intradermica ou auto-hemoterapia local (Bensaúde), injeções diarias, serie de 20 injeções, iniciando com 10 cc. e ir aumentando até 20 cc.

Quando o eczema está infectado, a agua de ALIBOUR dá resultados.

Deve-se nesses casos evitar o uso de pomadas, que macerem a pele.

Quando se trata de sífilis o tratamento especifico resolverá rapidamente.

Para o prurido essencial são varios os tratamentos preconizados.

Os tratamentos locais com corantes antisepticos falharam por completo. A fisioterapia idem.

A radioterapia não tem produzido resultados satisfatorios, segundo GABRIEL.

A vacinoterapia, que segundo MORRAY e COUNOR, produz resultados, parece-me que ainda não foi emregada no Brasil. Outro

tratamento bastante difundido, consiste na infiltração sub-cutânea local de diferentes substancias. Foram usados o alcool absoluto, o acido hidrociorico, agua tri-distilada e mais recentemente os oleos anestescicos intra-esfinterianos e a histamina por via intra-dermica local.

A anestesia oleosa em protologia foi introduzida no Brasil por RAUL RIBEIRO DA SILVA, aluno de GABRIEL. Sua técnica de emprego é simples, porém necessita-se bõa assepcia e infiltrar o oleo em diferentes camadas, cumprindo o embolo da seringa ao se retirar a agulha. Com o uso dessa tecnica evita-se a unica contra-indicação: formação de abscessos. Usa-se o oleo percainado da Ciba ou do LABORATORIO SPIC. Empolas de 5 cc. No geral 10 cc. são suficientes para manter uma anestesia de 3 a 5 dias, sem relaxamento dos esfinters e portanto sem incontinencia de fezes.

A histamina no tratamento do prurido foi preconizada por A. CAIN em injeção sub-cutanea e depois por LAVANDHERME por aplicação intradermica local em pequenissimas doses espalhadas em raios nas zonas pruriginosas. No serviço de GASTROENTEROLOGIA da SANTA CASA de S. PAULO, usa-se a associação do oleo percainado mais histamina, em todos os casos em que não foram encontrados causas gerais ou locais.

Acho util essa terapeutica quer como tratamento analgesico e desensibilisante, quer como tratamento sintomático, quando nos aparecem no consultorio casos que requerem acalmia urgente.

A cirurgia proposta por LOKARDT MUMMERY e outros autores, desapareceu com o uso do oleo percainado e a histamina.

Nos arquivos de Biologia, numero de Junho de 1940, pag. 145, existe uma nota sobre o emprego de sulfato de magnesio, em injeções sub-durais, em sol a 20 %, dose a 5 a 6 injeções.

Endereço: Avenida Luiz Xavier, Curitiba

BIBLIOGRAFIA

- 1) GABRIEL — The principles and Practice of Rectal Surgery — Pruritus ani — pag. 189. Edição 1937.
- 2) BACON — Anus-Rectum-Sigmoid Colon Pruritus Ani — pag. 152 — Edição 1938.
- 3) BENSAUDE — Maladies de l'intestin — 4.º volume — pag. 178 — Ano I, — 1939.
- 4) RAUL RIBEIRO DA SILVA — Prurido ano-genital — Um caso grave — Arquivos de Biologia — Junho — 1941.
- 5) RAUL RIBEIRO DA SILVA — Da anestesia em protologia. Separata da Revista da Associação Paulista de Medicina — vol. XV — Dezembro de 1939.
- 6) O SULFATO de MAGNESIA CONTRA O PRURIDO PERINEAL. Arquivos de Biologia — Junho de 1940 — pag. 145.
- 8)

TODAS AS
NEURALGIAS
REBELDES

SEDAÇÃO
RÁPIDA E
ATOXICA

TODAS AS
NEVRAXITES
E SEQUÉLAS

NAÏODINE

A

2
FORMAS

B

SOLUÇÃO NORMAL

2%

INTRA-MUSCULAR
Empolas Amarellas

SOLUÇÃO CONCENTRADA

5%

INTRA-VENOSO
Empolas Azues

INJEÇÕES INDOLORES

Dose por dia: de 10cc. a 20cc.

Fabricação no Brasil com licença especial dos lab. E. LOGEIS

pelos
LABORATORIOS PRIMÁ

Caixa 1344

Rio de Janeiro

*Injecções inteiramente indolores e
sem reacção local*

Calcio Isotonico GROSS

O mais moderno recalçificante sem perigo
Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

CITOSINA

RHEUMATISMO - ARTRITISMO SCIATICA - IRITES

Iodeto de Sodio	1.ª Série 2 cc.
Salicil. de Sodio	2.ª Série 5. cc
Agua Bi-Destil.	3.ª Série 10 cc.

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS

LABORATORIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

Rua Braulio Gomes, 159-161 — SÃO PAULO

Caixa Postal, 3018, — Telephone, 4-3217

O MELHOR PREPARADO DE BISMUTHO DA ACTUALIDADE

PHOSPHOBISMOL

Injecções indolores poderosamente antisyphiliticas e tonicas nervinas
Tres injecções musculares por semana

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

Pressão arterial: sua reatividade vasomotora ante o "test" do frio (*cold pressor test*) *

Dr. Italo Domingos Le Voci

Assistente voluntário da Escola Paulista de Medicina

O sistema de pressão arterial apresenta um mecanismo regulador, através o qual se manifestam de modo diferente as reacções aos mais variados estímulos de origem endógena ou exógena. Esse modo de reagir é particular de cada indivíduo, e através a intensidade de sua reacção, temos um índice do tono vasomotor. Seria interessante portanto se conseguir um metodo de avaliação dessa reactividade a um determinado estímulo, que seria usado então como "standard", desde que seus resultados demonstrassem constância de resposta individual. A esses estudos se dedicaram em 1931, Hines e Brown, da Clínica Mayo, conseguindo descrever em 1932, uma prova na qual era usado, como fator estímulo, o frio, sob a forma de agua gelada aplicada localmente em uma das mãos. Como os indivíduos com hipertensão essencial e muitos mesmo com pressão arterial normal apresentassem uma labilidade muito grande da pressão arterial aos diferentes estímulos, os AA. acima estudaram essa prova em tais indivíduos, comparando os resultados com os indivíduos de pressão arterial normal.

Dáí para cá, os mesmos AA. apresentaram diversos trabalhos em que cada vez mais augmentam sua casuistica confirmando sempre os mesmos resultados da prova, que eles denominaram de "COLD PRESSOR TEST". Diversos outros AA. têm repetido a prova, porém nem todos com resultados concordes.

Ao passar em revista os diferentes trabalhos até aqui publicados a respeito, neles procurando encontrar o que deveria ficar estabelecido após quasi 10 anos de estudos, é que nos propuzemos a apresentar tais resultados, ao mesmo tempo que trazemos tambem a nossa pequena contribuição para esse estudo, através da aplicação do "test" de Hines e Brown em um certo numero de indivíduos normais e hipertensos.

* Trabalho da Clínica Propedeutica Medica. Serviço do Prof. Jairo Ramos, no Hospital São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

Estudaremos inicialmente a técnica do "test", afim de podermos apreciar em seguida de que modo se processa a reacção e como classificar os resultados.

TÉCNICA

O individuo permanece em repouso, em lugar socegado, de 20 a 60 minutos, conforme apresente o paciente P. A. (1) normal ou elevada. Atravéz de várias medidas, estabelece-se a pressão arterial básica, mergulhando-se em seguida a mão do lado oposto, até o punho, em agua à temperatura de 4.º Cent. Cent., sendo entretanto permitida uma variação de UM grão para mais ou para menos desse valor.

Fazem-se então duas medidas: uma, aos 30 seg. e outra, aos 60 segundos, após o que retira-se a mão da agua.

Em seguida, a cada 2 minutos, uma nova pressão será tomada, até que os valores voltem ao ponto básico.

Certas precauções devem ser tomadas, como sejam: evitar a posição sentada ou de pé, nas quais os efeitos hidrostáticos dessas posições, diminuiriam o grau da resposta; preparar o paciente, avisando-o sobre a natureza da prova; e, ainda, evitar nas 24 horas que a precederem o uso de drogas vaso dilatadoras ou sedativas.

INTERPRETAÇÃO

Observa-se que geralmente, há um augmento máximo da pressão arterial aos 30 seg., voltando, nos individuos normais, em 2 minutos, ao nivel básico, enquanto que demora mais nos hipertensos.

A resposta considerada, é dada pelos valores máximos, sistólico e diastólico, obtidos no minuto em que a mão está imersa. Tratando-se de um "test" em que se mede a reacção vaso-constrictora, a resposta diastólica é um índice de maior valor que a sistólica, porém a avaliação das duas em conjuncto, reduz a causa de erro na interpretação do "test".

Compreende-se que só a leitura da resposta sistólica é de valor duvidoso.

Pelo estudo de um grande número de casos poude-se estabelecer como limites normais máximos de resposta 20 mms. de Hg. para a sistólica e 15 mms. para a diastólica, considerando-se além desses limites um índice de mecanismo vaso constrictor hiperreactivo.

(1) P. A. — pressão arterial.

Por essa descrição, se infere, que se trata de um "test" de fácil execução, e que não apresenta consequências nos hipertensos, referindo ainda os AA. que "ainda que o aumento da pressão tenha algumas vezes exgotado a capacidade do aparelho, não foram notados efeitos nocivos sobre os pacientes".

Essa é a técnica usada por Hines e Brown, havendo entretanto modificações, tanto na posição do paciente que ao invés de deitado, ficaria sentado, como na temperatura da água, ou mesmo no tempo da tomada das pressões. Não me detenho nas discussões dessas variações, porquanto as mesmas só trariam dificuldades na avaliação dos resultados, que são diferentes, de autor para autor, de acordo com as suas respectivas técnicas; aliás, Hines e Brown, admitem mesmo que certos autores que não confirmaram seus resultados, usaram técnica diversa.

MECANISMO DA REAÇÃO

Sem estar explicado de uma forma categórica, o que mais se admite, é o de ser uma reacção vasomotora, generalizada, não havendo variações de interesse na frequência e no débito, cardíacos, durante o "test". Afasta-se também a adrenalina como fator primário da reacção, pela velocidade da mesma e pela sua verificação em cães sem as suprarenaes, e em homens com Moléstia de Addison (Hines e Brown). — Foi ainda afastada a hipótese de que houvesse a produção local de alguma substância hormonal por acção do frio, pois a reacção é inibida por um garrote no braço, impedindo a circulação. (Hines e Brown).

Entretanto há quem dê outras explicações: — assim enquanto os ideadores do "test", dizem não haver relação entre a dor provocada pelo frio, e a resposta ao "test", Reid e Teel, em estudos feitos em grávidas, acham que a dor, que é mais intensa dos 20 aos 30 seg., ou seja exatamente no momento em que a resposta é maior, seja ela mesma aparentemente o fator da resposta.

Identicamente perguntam Thomaz e Whartin, que fizeram estudos experimentais em cães, nos quais não obtinham mais resposta ao "test", uma vez que os animais se acostumassem ao desconforto da experiência. Tais provas intensivas, não foram descritas no homem por Hines e Brown, que apenas encontraram valores constantes em provas repetidas de 3 meses a 3 anos, portanto não condicionando habito, estando presente a dor em cada experiência feita. Em todo caso, Bordley e Eichna citados por Thomaz e Whartin têm 5 casos com hipertonia essencial, com 5 a 10 tests tirados de 2 a 10 dias de intervalo todos com respostas uniformemente positivas.

Do exposto verifica-se, atravez as casuísticas de Hines e Brown, que o "test" tem tambem essa qualidade de ser constante para cada indivíduo.

APLICAÇÃO CLÍNICA

São já diversos os trabalhos existentes na literatura, sendo a maioria dedicada ao estudo comparativo entre o "test" aplicado em indivíduos normais e hipertensos; aiém disso tem sido aplicado na gravidez, procurando esclarecer os casos de toxemia gravídica.

No que se refere á primeira parte, os estudos mais numerosos são apresentados por Hines e Brown, que continuam estudando o "test" com grande interesse. O que se tem notado, em linhas gerais, é o seguinte:

1) *os indivíduos com P. A. normal* podem apresentar dois tipos de resposta — UMA dentro dos valores normais já assinalados, (máximo de 20 mms. Hg. para a sistólica, e de 15 para a diastólica), e OUTRA acima desses valores, constituindo então os grupos chamados: *Normais Hiporeactivos*, e *Normais Hipereactivos*, respectivamente. Estes últimos apresentam portanto um mecanismo vaso-constrictor hiperactivo, e, muitos destes indivíduos acompanhados por alguns anos revelarão o desencadeamento de uma hipertensão essencial, enquanto que é muito pequena a percentagem dos *Normais Hiporeactivos*, que se tornam hipertensos.

2) *Os indivíduos Hipertensos*, apresentam por sua vez, respostas diferentes, desde que a hipertensão seja de causa renal ou primária; no primeiro caso, a resposta se apresenta como nos indivíduos *Normais Hiporeactivos* e no segundo, apresentam uma grande reacção, acima dos valores normais.

No que se rerere ao "test" aplicado á gravidez, não se nota a relativa concordância havida na parte clínica, pelo contrário, os resultados são de todo contraditórios.

Assim Randall e col. citados por Valletta, bem como Dieckman e colaboradores, chegam mais ou menos aos mesmos resultados, isto é, desaconselham a gravidez às mulheres que apresentam 130-140 mms. de Hg. de pressão sistólica, e com uma resposta ao "test" de 30 mms. ou mais, e ainda áquelas, que tendo tido eclampsia em partos anteriores, apresentam hiperreacções ao "test". Ao mesmo tempo estes autores permitem a gravidez, naquelas que têm antecedentes eclampticos, mas que ao "test", se apresentaram normal, sendo portanto *Normais hiporeactivas*.

L. C. e E. R. Chesley, em um trabalho sobre indivíduos hipereactivos e hiporeactivos, com antecedentes eclampticos, veri-

ficaram respostas inconstantes e independência de factores hereditários.

Acham ainda Reid e Teel, difícil de se avaliar os diversos tipos de Hipertensão na gravidez através do "Cold Pressor Test".

MATERIAL ESTUDADO

Conseguimos realizar o test em 50 indivíduos, dos quais 30 com P. A. normal, 19 hipertensos, e 1 em vias de cura de uma glomérulo-nefrite aguda, e já com P. A. normal.

O grupo de indivíduos com P. A. normal é constituído de estudantes em sua maioria, e alguns colegas de serviço; o grupo de hipertensos, é constituído de doentes internados no Hospital S. Paulo e na Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo, na sua maioria, havendo um pequeno número de pacientes de Ambulatório.

Realizamos a prova seguindo a técnica descrita no início, com exceção de em alguns hipertensos, onde a prova foi feita em enfermaria, e não em sala isolada, por não ser possível a locomoção de tais pacientes.

RESULTADOS

Conforme demonstra o quadro — 1 —, verifica-se que o grupo de indivíduos com P. A. normal, era constituído em sua totalidade, por indivíduos entre 21 e 29 anos de idade, enquanto no outro grupo, entre 24 e 71 anos.

Dos 30 normais, conforme a reação ao "test", analisando a resposta sistólica ou a diastólica, ou ambas, encontramos 9 hipereactivos, sendo que apenas 3 com antecedentes de hipertensão em família. Dos 21 hipereactivos, 7 apresentaram antecedentes

QUADRO I

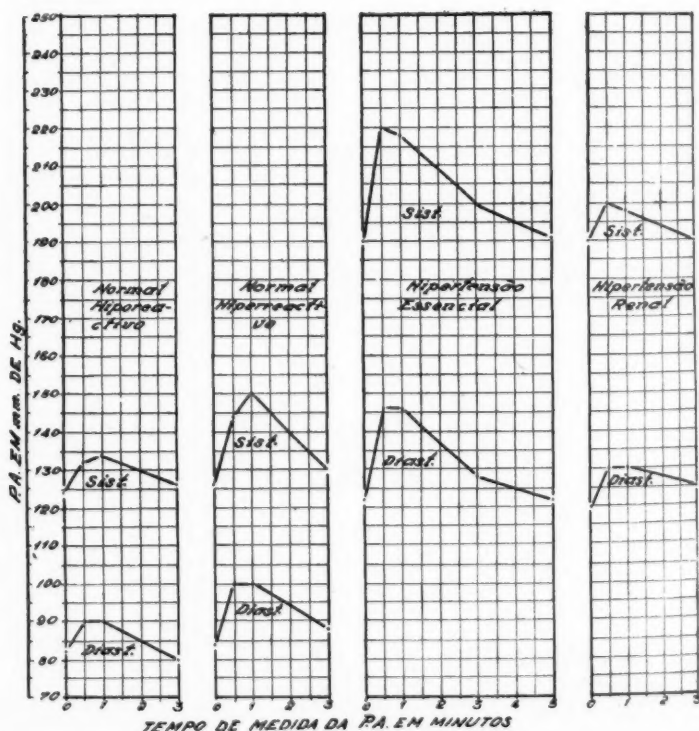
INDIVÍDUOS	N.º	Idade	aum. médio da p. a.	
			Sistól. (mms. Hg.)	Diastól. (mms. Hg.)
INDIV. NORMAIS :				
Hiporreactiv.	21	21 a 29	8,7	10,0
Hipereactiv.	9	21 a 29	13,5	17,5
INDIV. HIPERTENSOS :				
H. essencial	16	33 a 71	24,6	21,1
H. renal	3	24 a 45	11,3	8,6

de hipertensão. Nesse grupo, foi possível obter informações bastante precisas a este respeito, justamente por tratar-se de acadêmicos dos últimos anos de curso e de alguns médicos.

Já no grupo dos 19 hipertensos, não foi possível obter boas informações quanto a este antecedente, porquanto como disse, eram na sua maioria, doentes de enfermaria, e que já pouco sabem informar de sua própria pessoa. Desse grupo, 16 foram hipereactivos e 3 hiporeactivos sendo aqueles, indivíduos com hipertensão essencial, e estes, hipertensos consequentes, um à glomérulo-nefrite sub-aguda, e os outros á sub-crônica.

O paciente em vias de cura de glomérulo-nefrite aguda e com P. A. normal, apresentou uma resposta hipereactiva da diastólica, de 18 mms. de Hg.

Quanto à resposta dos indivíduos com hipertensão essencial, não foi em média, tão alta quanto as obtidas pelos outros autores, porem o que foi característico quasi geral, foi a demora da volta dos valores aos pontos básicos, tendo sido a maior demora de 12 minutos.



Modernissima tratamento da

17)

Epilepsia e Estados demenciais

- * *Syndromas anciosos*
- * *Schysohrenias*
- * *Parkinson*

SEDARE DOLOREM OPUS DIVINUM EST



MAGNO-SEDANS
injetavel



Amostras e literaturas à disposição dos Srs. Clinicos

CAIXA POSTAL, 1874

SÃO PAULO

MAGNO-SEDANS

INJETAVEL

INDUSTRIA
BRASILEIRA

Em MAGNO-SEDANS se acham associados dois iões de grande importância biológica, o magnésio e o cálcio.

HIPOSULFITO DE MAGNÉSIO — Do magnésio resalta a ação narcótica que se exerce sobre os centros hipnógenos do cérebro médio, como mostrou Yamawaki, e a ação anestésica dos receptores sensitivos vasculares. Destas ações elementares decorre o seu emprego terapêutico como sedativo cerebral nas psicopatias. Mas, o magnésio, como mostrou Augusto Lumière, tem ação antifloculante sobre os colóides do plasma, daí o seu efeito enérgico no choque anafilático e nas afecções alérgicas. O MAGNO-SEDANS goza ainda de ação dessensibilizante inespecífica pela fração hiposulfito do seu composto magnésiano.

Estudos mais recentes mostraram que o hiposulfito de magnésio tem ação mais enérgica sobre as afecções alérgicas, do que o seu congênere de sódio, o que justifica plenamente a preferência que vem gozando ultimamente no tratamento desses estados.

CLORURETO DE CÁLCIO — Da ação farmacológica tão complexa do cálcio resalta o seu efeito de diminuir a reserva alcalina, desviando assim o PH do sangue no sentido acidótico, os de estimular ligeiramente as terminações simpáticas, e finalmente o de diminuir a permeabilidade das membranas celulares e das paredes capilares.

Destes efeitos elementares decorre a ação terapêutica do cálcio sobre os síndromos ansiosos, os estados espasmódicos, os síndromos de excitação psico-motora, as afecções de natureza alérgica e o choque anafilático.

INDICAÇÕES

SÍNDROMOS ANCIOSOS: — Nos melancólicos, esquizofrênicos, psicastênicos, delirantes crônicos, hiperativos, neurastênicos, cenesopatas, dementes, confusos.

ESTADOS ESPASMÓDICOS: — Nos espasmos esofágicos, gástricos e intestinais, epilepsia, coréa de Sydenham, parinsonismo post-encefálico.

SÍNDROMOS DE EXCITAÇÃO PSICO-MOTORA: — Na mania, excitação premenstrual, melancolias agudas, etc.

AFECÇÕES ALÉRGICAS: — Nos eczemas, toxicodermias, urticária, pruridos, doença do soro, asma, rinites alérgicas.

CHOCHE ANAFILÁTICO.

MODO DE EMPREGO

SEGUIR AS INDICAÇÕES DO MÉDICO.

Injeções intravenosas, praticadas lentamente, no mínimo 2 horas após as refeições. Uso diário, nos casos mais brandos ou já melhorados, em dias alternados.

Nas afecções alérgicas injetar diariamente o conteúdo de uma ampola, porém muito lentamente.

Primeiras injeções 1 a 2 cc., segunda 3 a 4 cc., terceira 6 a 7 cc., quarta 8 a 10 cc., quinta e seguintes 10 cc. (segundo tolerância do doente).

Séries de 10 a 20, 30 ou mais injeções. Geralmente são necessárias 10 a 15 injeções em dias seguidos, podendo-se depois passar a fazê-las em dias alternados.

Com o MAGNO-SEDANS não há o perigo da ação paralizante dos sais de magnésio sobre o centro respiratório em virtude da ação antagonista do cálcio.

CONTRA-INDICAÇÃO: TUBERCULOSE PULMONAR.

PRODUCTOS VIRTUS DO BRASIL LTDA.

Farm. resp.: BRUNO P. PAROLARI

Praça Princesa Isabel N.º 16 — Fone 5-3172 — Caixa Postal 1874
SÃO PAULO



AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SNRS MÉDICOS!

Em figura anexa, estão representadas em gráficos, as respostas obtidas em 4 casos observados, e pertencentes a cada grupo dos acima descritos.

COMENTÁRIO

Ao passarmos para esta parte de nossas observações, deveremos adiantar que nossos estudos não permitem estudos estatísticos, pois, que este requeria para ser eficiente, um número de observações bem maior que o nosso. Limitaremos portanto nossos comentários ao que foi dado observar em comparação com os dados dos outros autores, sem preocupação de números.

Inicialmente, quanto á técnica, deveremos dizer que não encontramos dificuldade em sua execução e que apenas um individuo não suportou o frio, numa primeira tentativa, fazendo-o entretanto ao repetir-se a prova. Na maioria das vezes, o resultado máximo foi atingido logo nos primeiros 30 segundos, e realmente nessa altura é que houve alguma queixa de dôr, pelo que alguns autores responsabilizam este fator como causador da reação, que é máxima nessa altura. Portanto a aplicação é facil, não causando outro desconforto que uma passagem dôr na mão que regrida em poucos segundos.

Vimos através de nossos resultados, que realmente é grande o número de normais hipereactivos, e que a hiperreactividade é ainda maior nos individuos com hipertensão essencial, de modo que essa reação vascular exagerada, como é medida pelo "test", provavelmente tem bastante importância na maioria desses casos, tanto assim que os autores já têm descrito casos de individuos hipereactivos normais que se tornaram hipertensos, com o que foi observado um aumento ainda maior do grau de reactividade. Nesse grupo observa-se já ao se estabelecer a pressão básica, uma grande labilidade da P. A., que tem assim como interpretação um mecanismo vaso-motor hipereactivo.

Pelos estudos levados a efeito até aqui, ainda não se pôde estabelecer se realmente todos estes individuos hipereactivos normais constituem um grupo de futuros hipertensos, porém Hines e Brown, com sua experiência já grande, incluem estes individuos num grupo que eles denominam de "hipertensos latentes". A esse respeito, esses mesmos autores consideram os normotensos com resposta anormal, como tendo evidência *presumptiva* de hipereactividade vasomotora, e os normotensos com resposta anormal e elevação da pressão acima de 145 e 95, como tendo evidência *definida* de tono vasomotor anormal. Nesse grupo são considerados também, e aqui a prova tem bastante interesse, aqueles casos de hipertensos que apresentam no momento uma

P. A. normal, talvez por causa de insuficiência cardíaca, e que ao "test" apresentar-se-ão hipereactivos.

Quanto á incidência de doença hipertensiva nos antecedentes familiares, observamos, alguns casos tanto no grupo reactivo como no hiporeactivo. Valendo-nos das estatísticas de Hines e Brown, observamos que o fator hereditário tem importância, pois sobre 256 membros de 30 famílias, foi revelado que quando os pais têm resposta normal ao "test", nenhuma criança foi hipereactiva; quando um dos pais era hipertenso ou hipereactivo, 43 % das crianças eram hipereactivas, e por fim quando ambos eram hipertensos ou hipereactivos, 95 % das crianças eram hipereactivas.

Dos comentários levados a efeito até agora, podemos assinalar portanto dois pontos de valor do "test":

1) a existência de indivíduos com P. A. normal e hipereactivos, constituindo uma fase pré-hipertensiva da hipertensão essencial.

2) a importância do fator hereditário no aparecimento dos grupos hipereactivos.

Hines e Brown acham que quanto ao primeiro "item", não se deve generalisar o "test" com a finalidade de se predizer um futuro desenvolvimento de hipertensão, mas sim para se evidenciar que há um antecedente ou fase pré-hipertensiva da hipertensão essencial, que tem como característico o mesmo tipo de hipereactividade vascular presente na hipertensão essencial; isto com a finalidade de se tentar uma explicação para a etiologia da hipertensão essencial.

Quanto à outra parte de nossas observações, isto é, do estudo dos hipertensos, se bem que em pequeno número, nossos resultados estão concordes com os obtidos pelos outros autores, mormente Miller e Bruger. Assim foi muito clara a resposta hipereactiva dos hipertensos essenciais, em contraposição com a resposta normal dos hipertensos renais. Apenas não encontramos valores de resposta tão altos como os verificados p. ex. por Hines e Brown, que obtiveram por média 47,2 mms. de Hg. para a resposta sistólica e 34,3 mms. de Hg. para a diastólica.

Os resultados diferentes entre as respostas obtidas pela aplicação do "test", em hipertensos renais e essenciais constituem um ponto interessante da questão, porquanto, após estudos em mais larga série de casos, essa confirmação permitirá, não para resolver, mas pelo menos auxiliar a diferenciação entre tais hipertensos.

Por fim, temos um caso isolado de glomérulo-nefrite aguda em vias de cura, com P. A. normal, onde houve uma hipereacção

de 18 mms. de Hg. para a diastólica; talvez se tratasse já de um indivíduo hipereactivo. Não encontramos referência na literatura sobre casos renais agudos.

CONCLUSÕES

1) — O "Cold Pressor Test" mede a reactividade vasomotora da pressão arterial.

2) — Permite separar entre os indivíduos com *P. A. normal*, dois grupos diferentes, UM com resposta hiporeactiva e OUTRO hipereactiva.

3) — Entre os *hipertensos*, permite separar um grupo com resposta normal, os renais, e outro hipereactiva acentuada, os essenciais.

4) — A reacção vasomotora exagerada dos hipereactivos normais é do mesmo tipo que a dos hipertensos essenciais, permitindo classifica-los como "hipertensos latentes".

5) — Há um fator hereditário importante na constituição dos indivíduos com hipertensão essencial.

Endereço: Rua Botucatu, 760

BIBLIOGRAFIA

- AYMAN, D.; GOLDSHINE, A. D.: *Cold as standard stimulus of blood pressure; study of normal and hypertensive subjects* — New England J. Med. 219: 650-655: Oct. 27 — '38. (Selected Abstracts of Am. Heart J. vol.17:256: Feb. '39).
- CHESLEY, L. C. e E. R.: *Cold pressor test in pregnancy* — Surgery, Gynec. e Obst. — 69:436-440: Oct. '39.
- DIECKMANN, W. J.; MICHEL, H. L.: — *Cold pressor test in pregnancy* — Am. J. Obst. Ost. e Gynec. — 36:408-412: Set. '38.
- FISHBERG, A. M.: — *Hypertension and Nephritis* — Lea e Febiger — Philadelphia, 1940.
- HINES, E. A. Jr.; BROWN, G. E.: — *Cold pressor test for measuring reactivity of blood pressure — data concerning 571 normal and hypertensive subjects* — Am. Heart J. — 11:1-9: Jan. '36.
- HINES, E. A. Jr.: — *Reaction of the blood pressure of 400 school children to a standard stimulus* — J. A. M. A. 108:1249-1250: Apr. 10 '37.
- HINES, E. A. Jr.: — *Technic of cold pressor test* — Proc. Staff Meet.; Mayo Clinic. — 14:185-187: March 22 '39.
- HINES, E. A. Jr.: — *Significance of vascular hypereaction as measured by cold pressor test* — Am. Heart. J. 19:408-416: Apr. '40.
- HINES, E. A. Jr.: — *Range of normal blood pressure and subsequent development of hypertension* — J. A. M. A. — 115: (4): 271-274: '40.

- MILLER, J. H. BRUGER, M.: — *Cold pressor reaction in patients with primary (essential) and secondary (renal) hypertension* — Am. Heart J. — 18: 329-333: Sept. '39.
- REID, D. E.; TEEL, H. M.: — *Cold test in normal and in toxemic pregnancy* — Am. J. Obstetr. e Gynec. — 35: 305-309: Feb. '38.
- STROUD, W. D.: — *The Diagnosis and treatment of Cardiovascular disease* — F. A. Davis Company, Publ. Philadelphia '40.
- THOMAS, C. B.; WARTHIN, T. A. — *Response of normal dogs and dogs with experimental hypertension to standard cold stimulus* — Am. Heart J. 19: 316-329: March '40.
- VALLETTA, J.: — *L'épreuve du froid et la prédisposition à l'éclampsie.* — Gynec. et Obst. 39: 49-51: Jan. '39.
- YATES, M. R.; WOOD J. E. Jr. — *Vasomotor response of non-hypertensive individuals to a standard cold stimulus* — Proc. Soc. Exper. Biol. e Med. — 34: 560-562: May '36.

HEXOSE - Glicose a 50%

POR VIA VENOSA

VITACÊ é uma vitamina C natural associada ao cálcio, ao phosphoro e a hormônios



VITACÊ granulado

VITACÊ injectável

LABORATORIO PLASMORGAN LTDA.

RUA DR. PINTO FERAZ, 710 — SÃO PAULO

Genalcaloides

POLONOVSKI E NITZBERG

Ampolas.
Gotas.
Granulos.

NOVOS ALCALOIDES
NÃO TOXICOS

NA PRÁTICA
QUOTIDIANA

GENATROPINE

GENESERINE

GENOSCOPOLAMINE

GENHYOSCYAMINE

GENOSTRYCHNINE

GENOSTHENIQUES

*Carodylate de Genostrychnine
e de Geneserine*

■
HYPERACIDEZ
DORES ABDOMINAES

■
HYPOACIDEZ
SYNDROMA SOLAR

■
PARKINSONISMO
ASTHENIA CIRURGICA

■
TREMORES DIVERSOS
SEQUELAS DE ENCEPHALITES

■
NEURASTHENIA
PARALYSIAS

■
ASTHENIA
DEPRESSÃO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma serie de compostos alcaloides de função aminoxida nos quaes se reconheceram propriedades identicas ás do alcaloide fundamental de que derivam, porém, com a differença essencial de que são mui fracamente toxicos comparados com o alcaloide.

AMIDAL
(Fermentos lacticos)
ENTERITES
DIARRHEAS

Laboratorio AMIDO
A. BEAUGONIN, Pharmaceutico
4, Place des Vosges, - PARIS

BACKERINE
(Fermentos seleccionados)
TUMORES
CANCER

Agentes Geraes para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
174 Rua General Camara - Caixa 484 - Rio -

ARSENIO-BROMO-TONICAS ZAMBELETTI



Sedativas - Tonicas - Fortificantes

Desde as primeiras injeções restabelece-se surpreendentemente o perfeito equilíbrio neuro-muscular.



Considerações radiológicas sobre os tumores inflamatórios do cecum *

Dr. Manuel de Abreu Campanario

Assistente de Radiologia das Clínicas Cirúrgicas da Faculdade de Medicina de São Paulo

Sabemos de embriologia que o folheto esquerdo do mesentério primitivo adere ao peritônio da parede posterior, após a torção da alça primitiva. Por este motivo é que o cecum, o colon ascendente e a primeira porção do colon transversal apresentam-se fixos.

No entanto, muitas vezes tal adesão não é completa. Quando isto acontece em relação ao cecum, este apresenta um mesentério próprio e, então, torna-se móvel.

Segundo Alban Koehler o fundo de saco do cecum no indivíduo adulto normal, estando este em pé, acha-se a 2 dedos transversos acima do centro da cavidade cotilóide direita.

O cecum acha-se metido entre a fossa ilíaca direita e a arcada crural. Diz-se que o cecum é alto quando ele não desce até a fossa ilíaca, mas antes permanece na região lombar. Tal fenômeno no adulto é coisa rara. Diz-se que o cecum é baixo quando ele desce até a pequena bacia. Tal fenômeno é relativamente comum.

A região ileo-cecal por condições anatômicas e fisiológicas apresenta interesse muito grande no terreno da patologia. A frequência das afecções do apêndice, muitas vezes com a sua repercussão a distância... A não rara preferência da tuberculose para a última alça do intestino delgado, válvula de Bauhin e cecum... Os distúrbios fisio-patológicos desta válvula... O acotovelamento do íleon (acotovelamento de Lane)... A tiflíte... A tifloatonía, etc... Tudo isto, afinal, demonstra o valor que merece o estudo da região ileo-cecal.

Deixando de lado todas estas afecções pretendemos focalizar aqui apenas os tumores inflamatórios do cecum. Ultimamente tivemos oportunidade de examinar alguns casos de tal doença.

* Trabalho do Departamento de Raios X das Clínicas Cirúrgicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Professores Benedito Montenegro e Alípio Correia Neto). Diretor: Dr. Cassio Vilaça.

Não ha nada de original no nosso trabalho. O assunto é velho. Mas é que os casos apresentados são tão típicos e, por felicidade nossa, puderam ser eles tão bem documentados que julgamos de alguma oportunidade a sua divulgação. Esperamos com isto ser úteis não só ao clínico, mas também ao cirurgião que não esteja muito familiarizado com o quadro clínico e roentgenológico de tal afecção.

Para o exame clínico pré-radiológico adotamos os ensinamentos de Haussmann e Obratdzow. Assim é que durante a palpação os dedos caminham ao encontro do músculo psôas nos planos profundos. Depois, então, praticamos, nas fases de expiração profunda, a técnica manual do deslize. Em vista do psôas ser o assoalho sobre o qual vamos tentar deslizar o cecum, é natural que deva ele estar bem contraído. Para isto elevamos por meio de um travesseiro alto o pé do doente, estando o membro inferior em extensão. Feito o exame clínico é, então, o doente levado aos Raios X. O critério, aliás, deverá ser sempre este. No exame rotineiro, após a limpeza necessária do intestino grosso por meio de lavagens, praticamos o enema opaco sob o controle da fluoroscopia. A quantidade de líquido opaco injetada pelo réto varia de acordo com o indivíduo e as circunstâncias. Na prática jamais é inferior a 1 litro e jamais superior a 2 litros. Logo que o contraste alcança o ângulo hêpato-cólico fechamos a torneira do irrigador, impedindo deste modo a continuação da entrada de líquido opaco. Quasi sempre, na verdade, é o bastante. Com palpação moderada e manobras adequadas (decúbito ventral, etc., na maioria das vezes o contraste vai até ao cecum preenchendo o nosso objetivo. Raramente necessitamos de reabrir a torneira do irrigador afim de que maior quantidade de líquido opaco seja injetada com o fito de contrastar o colo ascendente.

Póde acontecer, contudo, o seguinte: em certas afecções do cecum, o contraste alcança o ângulo hêpato-cólico estacando aí, ou desce um pouco mais ao longo do colon ascendente para, depois, parar. Então, mesmo com o auxilio de manobras adequadas e da palpação, e mesmo, também, após reinjetar-se no réto maior quantidade de líquido opaco, a imagem radiológica continúa a mesma, isto é, o contraste não desce ao longo do colon ascendente até ao cecum. Tem-se a impressão de que o colon ascendente ou parte dele apresenta uma contração espástica, tornando-se simplesmente virtual a luz deste segmento do intestino. Estamos, então, em frente ao que os autores clássicos chamam de "*fenômeno de Stierlin*". O fato é que no momento em que o contraste em pequenas frações atravessa o segmento cólico, fa-lo com enorme rapidez. Ha uma "*hipermotilidade circumsrita*" da musculatura intestinal na área em que o fenômeno é observado,

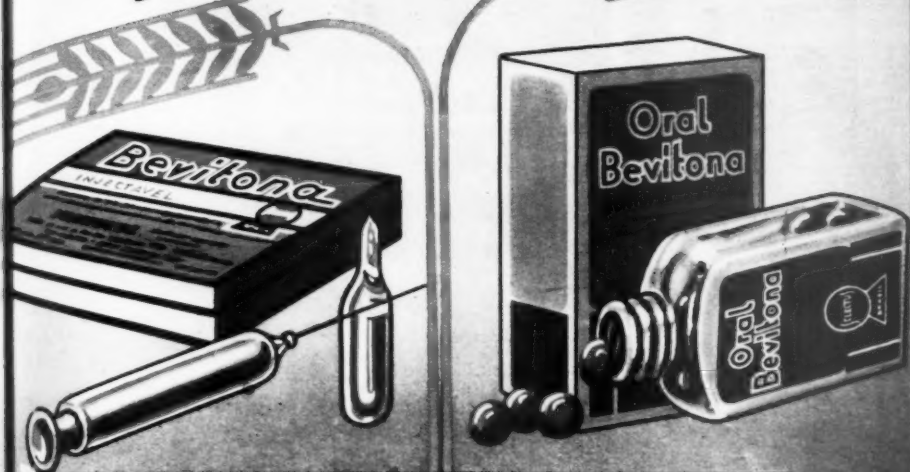
A i
mente,
fisiológ
tumas,

BE
parcem
dando

Afi
casos,
dosage

em co
(aneuri

A vitamina ANTI-NEURITICA



BEVITONA ORAL-BEVITONA

A importância da vitamina B1 em terapêutica cresce constantemente, à medida que a ciência precisa, em suas minúcias, o papel fisiológico dessa vitamina e que os clínicos, nas observações diuturnas, reconhecem nos doentes os sintomas e sinais da carência.

BEVITONA (Vitamina B1 quimicamente pura), usada por via parenteral nos casos de hipovitaminose e avitaminose B1, vem dando os mais nítidos resultados terapêuticos.

A fim de facilitar a administração desta vitamina em inúmeros casos, a "Selectus, S.C. Ltda." resolveu acrescentar para 1000 U.I. a dosagem das suas ampolas e lançar no mercado a

ORAL-BEVITONA,

em comprimidos, contendo cada um 500 U.I. de vitamina B1 (aneurina) e 0,4 gr. de levedura riquíssima em vitaminas B1 e B2.



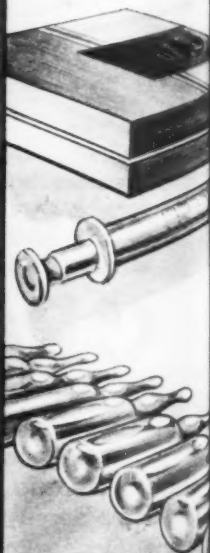
BRASIL

**FORTIFICANTE
POLIVITAMINICO
COM HORMONIOS
DE
FIGADO
BAÇO
CORTEX SUPRARENAL**



Novo:

**AMPOLAS
CONTENDO CADA UMA
VITAMINA B₁ 125 u. i.
VITAMINA C 500 u. i.
HORMONIOS DE
FIGADO
BAÇO
CORTEX SUPRARENAL**



DEFENSOI

que
a fal
cuns
uma
julga
escl
trado
da r
guns
men
nuco
pato
vado
não
acha
men
foco
desd
é fa
pela
pare
grau
isto
men
vere
dite
pare
a su
der-
ou r
nal,

plica
mus

não
quer
orde
fato
flu
mód

liza

que não permite a presença de contraste na luz do intestino. Daí a falta de enchimento observada. Tal fenômeno pôde estar circunscrito a uma pequena zona intestinal do cecum ou alcançar uma área bem maior do segmento cólico ascendente. Stierlin julga que este sintoma esteja presente nas alterações ulcero-esclerosantes da parede intestinal. Várias vezes o temos encontrado, também, no tumor inflamatório do cecum. Na tuberculose da região ileo-cecal tal sintoma na verdade raramente falta. Alguns autores dizem que a área intestinal indicada pelo "fenômeno de Stierlin" corresponde só e exatamente á area em que a mucosa ou a parede intestinal se acham infiltradas por processos patológicos. Nem sempre, entretanto, pelo que temos observado, isto é verdade. O fenômeno de Stierlin abrange, ás vezes, não somente a porção intestinal onde a parede ou a mucosa se acham infiltradas, mas também uma porção intestinal mais ou menos extensa e não comprometida pela infiltração, próxima ao foco patológico. Ao certo isto poderá ser explicado facilmente desde que admitirmos que a parede intestinal não comprometida é facilmente irritavel nas proximidades dos focos inflamatórios pela hiperemia e pelo edema. Deste modo a musculatura da parede tendo a sua contratibilidade conservada, entra em um grau mais ou menos acentuado de contração espástica. E tanto isto é verdade que se após a observação da presença do fenômeno de Stierlin, insuflarmos bastante ar no intestino grosso, veremos que a parede intestinal correspondente ao fenômeno, distende-se perfeitamente bem. Isto demonstra, é lógico, que a parede intestinal mesmo nas suas áreas infiltradas conserva ainda a sua musculatura. Caso contrário a parede não poderia distender-se. Portanto, o fenômeno de Stielin resulta de um grau mais ou menos pronunciado de contração espástica da parede intestinal, nas zonas infiltradas ou nas proximidades destas zonas.

O fenômeno de Stierlin, como acabamos de observar, implica a existência, no intestino, do conjunto anátomo-fisiológico *musculatura-contratibilidade*, alterado.

A área correspondente ao sintoma de Sterlin de ordinário não fica totalmente isenta de contraste. Este deposita-se em pequenas estrias ou em tênues grumos, dispostos irregular e desordenadamente, na superfície interna da parede infiltrada. Tal fato pode ser observado nas boas radiografias ou durante a fluoroscopia, diafragmando-se cuidadosamente o aparelho de modo a realçar a imagem da região patológica.

No exame radioscópico do cecum lógico que este seja visualizado observaremos:

- 1.º) — Topografia.
- 2.º) — Forma e tamanho.

- 3.º) — Mobilidade.
- 4.º) — Relação do cecum com o tumor ou tumores que tenham sido, acaso, palpados anteriormente durante o exame clínico.
- 5.º) — Consistência.
- 6.º) — Si houver dor espontânea ou provocada pela palpação, na fossa iliaca direita, localizar o quanto possível esta dor.

Quando após o enema opaco o segmento cólico ascendente não seja visualizado, como no caso em que o contraste depois de alcançar o ângulo hêpato-cólico permanece aí estacado, devemos repetir o exame mandando que o doente use o contraste "per os". Muitas vezes devemos também, usar este processo para investigações complementares do exame. Interessante é que se examinarmos radiologicamente o mesmo doente em dias alternados, uma vez enchendo o intestino grosso por via retrógrada e outra vez fazendo com que o doente venha a usar o contraste "per os", observaremos que nem sempre a imagem radiológica correspondente ao fenômeno de Stierlin, é idêntica nos 2 exames. Com o enchimento por via retrógrada parece que a contração espástica da parede intestinal abrange uma área, quasi sempre, maior no sentido longitudinal e distal do colon ascendente. Deste modo podemos dizer que o contraste por via retrógrada acha maior obstáculo na passagem do segmento tomado pelo espasmo.

Quando examinamos o cecum de um doente cujo diagnóstico clínico anterior era o de *tumor cecal*, rapida e facilmente saberemos si o tumor palpavel na fossa iliaca direita, tem ou não solução de continuidade com o cecum. Mesmo, ás vezes, com as mãos protegidas pelas luvas grossas de borracha plumbada, com alguma prática e exercício, conseguiremos tal objetivo. Quasi sempre no tumor cecal inflamatório, como aliás em várias outras afecções do cecum, notamos um nítido encurtamento deste órgão e do segmento cólico ascendente. (vêr figs. 3 e 4). Tal sintoma é explicado em parte pela retração oriunda da musculatura longitudinal da parede do intestino. Quando o última porção do ileon está bem visualizada pode ser tomada como ponto de reparo para pôr em realce a ascensão do cecum. Nas radiografias de perfil tal sintoma aparece com maior evidência. (vêr fig. 4). Nesta região, ás vezes, também se nota o sinal de Stierlin. A fixidez do cecum, também, é outro sintoma digno de pesquisa no tumor cecal inflamatório. Relativamente á topografia, é oportuno lembrarmos que no abcesso do psôas e no abcesso frio do ilíaco, o cecum e o colon ascendente podem estar pronunciadamente deslocados para a linha mediana. Contudo, os abscessos intraperi-

30)

toniais (cecum, ovário, etc.) não provocam deslocamento de tais órgãos para a linha mediana, porque o mesentério é fixo.

No tumor cecal inflamatório a ausência de *bosseladuras normais* no cecum é quasi sempre coisa muito objetiva, embora tal sintoma seja comum a vários outros processos patológicos de tal região (vêr figs. 1, 2, 3, 4 e 5). Quando durante o enchimento pelo enema opaco notamos que o contorno do cecum não se distende (inextensibilidade do cecum), isto significa tão somente que a parede cecal está rígida. Tal sintoma acha-se presente principalmente nas afecções crônicas do cecum.

No tumor inflamatório do cecum a dor, às vezes, está bem localizada e corresponde ao foco patológico. Outras vezes, contudo, abrange uma zona mais ou menos difusa em derredor do cecum.

Ao lado de tais sintomas, em cada caso particular o médico observa filigranas e pormenores na imagem radiológica, ora de fácil, ora de difícil interpretação, que ao certo não podem nem devem ser catalogados no rol dos sintomas gerais.

O diagnóstico clínico e o diagnóstico radiológico de tumor inflamatório do cecum devem constituir um todo indivisível. Um é complemento mútuo do outro. Para o diagnóstico diferencial entre o tumor inflamatório, o câncer, a tuberculose e outros processos patológicos do cecum, muitas vezes as características da imagem roentgenológicas são de valor incontestável, apesar de que deverá prevalecer sempre, em primeiro plano, a base orientadora de um bom exame clínico.

* * *

Apresentamos a seguir 4 casos de tumor inflamatório do cecum, casos estes escolhidos entre os diversos que tivemos a oportunidade de examinar nos anos de 1938 e 1939.

OBSERVAÇÕES

CASO 1

J. B., branco, brasileiro, casado. Entrada: 2-3-939. Diz ter 60 anos. Ha 16 dias sente dores na f. il. direita. Começou a dor subitamente enquanto trabalhava. Dor não muito intensa, intermitente, (intervalos de 10-15 minutos), tomando hipocondrio e f. iliaca direita. Esteve 4 dias sem evacuar depois que começou a sentir dor. Só evacuou após haver tomado 3 purgativos. A dor persistiu até agora. Na Santa Casa não a tem mais sentido. Tem comido pouco. Pouco apetite. Ausencia de vômitos.

Exame do abdomen: Colon transversal palpavel como um grosso cordão, ligeiramente doloroso á pressão, cerca de 3 dedos transversos abaixo do umbigo. Na f. il. direita palpa-se um tumor do tamanho de um ovo de galinha, doloroso, duro, fixo sobre os planos profundos e movel sob a pele. Sente-se, á palpação, gargarejo de alças intestinais sobre o tumor.



Fig. 1 — Defeito de enchimento do cecum. Faixa de contraste simulando a luz apendicular. Deformidade da última porção do ileon

Ausência de hiperestesia cutânea, de reação da parede abdominal, de movimentos peristálticos visíveis. Meteorismo: *Diagnóstico clínico*: Tumor do cecum.

Exame radiológico do intestino grosso: À radioscopia notamos: O trânsito da lavagem opaca faz-se normalmente pelos colons descendente e transversos até o ângulo hepático-cólico. Além deste ponto o contraste não consegue avançar embora lançássemos mão de vários recursos: massagem manual da parede do abdomen, colocação do doente em decúbito lateral direito, etc. Conjeturamos a existência de um espasmo cólico à altura da porção superior do cólon ascendente, opondo-se à penetração neste do contraste. Em vista do examinando queixar-se de fortes dores abdominais, abandonamos o exame. 2 dias depois repetimos o exame, empregando o contraste por via oral. 18 horas após o doente ter tomado o mingau opaco, notamos isto (veja figuras 1 e 2):

- 1.º) Cecum com defeito de enchimento, doloroso à palpação, fixo aos planos profundos, não tendo solução de continuidade com o tumor oval que se palpa na f. il. direita.
- 2.º) Boa visualização da última porção do ileon que apresenta calibre muito reduzido junto à válvula de Bauhyn (um quase estrangulamento permanente). Retardamento do trânsito.
- 3.º) Faixa de contraste de grossura irregular, mutável de tamanho e forma sob a pressão digital, simulando a luz apendicular, que partindo da face interna do cecum corre obliquamente para baixo e para dentro. Pudemos certificar-nos de que tal faixa de con-



Fig. 2 — Radiografia do mesmo caso anterior mostrando modificação da faixa de contraste após palpação rigorosa

traste era "intracecal" e que correspondia a um espaço esmagado entre o tumor e a parede interna do cecum.

Diagnóstico radiológico: Tumor cecal. (data: 6-3-939).

Operação: Confirmou inteiramente o diagnóstico. Tumor do cecum (Abscesso apendicular).

CASO 2

J. A., 50 anos, brasileiro, branco. Queixa e duração da doença: Dores fortes na f. il. direita, ha mais ou menos 20 dias. Entrada: 26-8-938.

Conta que ha 20 dias começou a sentir dores na f. il. direita, mas que antes destas teve prisão de ventre discreta. Pelo que diz já foi vítima de várias crises dolorosas identicas, em épocas anteriores. Na crise última não teve vômitos, nem cafaieia, nem febre.

Exame clínico: Palpa-se tumor do tamanho de u'a maçã na f. il. direita, duro, doloroso, fixo aos planos profundos do abdomen.

Diagnóstico: tumor cecal.

Exame radiológico (veja figuras 3 e 4): O clistér opaco mostrou trânsito intestinal normal ao longo dos vários segmentos cólicos, com exceção do cecum que se apresentava com defeito de enchimento. Tumor da f. il. direita, muito provavelmente de origem inflamatória, deslocando



Fig. 4 — Radiografia de perfil mostrando o defeito de enchimento e a elevação do cecum (caso 2)



Fig. 3 — Cecum visto em radiografia antero-posterior para mostrar o defeito de enchimento (caso 2)

o cecum
Não foi
Oper

V. P.
xando-se
de ventr
Diz
zes, resp
afirmou-
surgiran
lentas,
mitos.

O
mente
palpa
abdom

figur
most
de lu
quas

o cecum para cima e a última alça do ileon para cima e para a esquerda. Não foi visto o apêndice em todos os exames praticados.

Operação: Confirmou o diagnóstico: Tumor cecal (inflamatório).

CASO 3

V. P., 28 anos de idade, branco, pedreiro. Entrou para a S. C. queixando-se de dor na fossa ilíaca direita, febre, calafrios; vômitos, prisão de ventre.

Diz que já teve dores violentas no abdomen (f. il. direita) por 3 vezes, respectivamente ha 2 anos, ha 3 meses e atualmente. O seu médico afirmou-lhe que tais dores eram oriundas da apêndice. As dores atuais surgiram-lhe ha 9 dias, subitamente, contínuas, apesar de serem ora violentas, ora de pouco intensidade. Prisão de ventre. Inapetência. Vômitos. Febre.

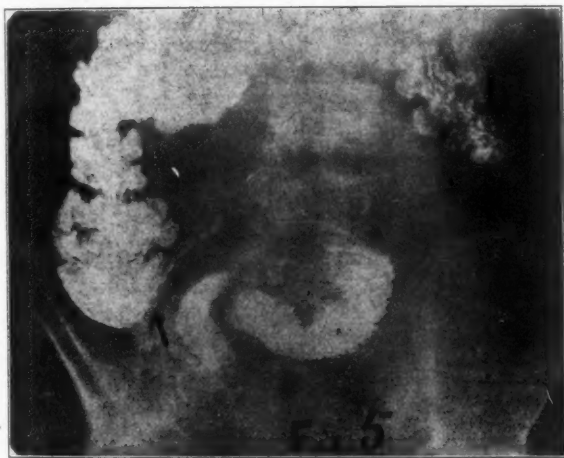


Fig. 5 — Notar a deformidade do cecum junto à implantação do apêndice e à luz irregular deste. O calibre do ileon está aumentado

O exame clínico revela: Reação abdominal pronunciada principalmente na f. il. direita. Fígado palpavel ao nível do rebordo costal. A palpação do cecum está impossibilitada devido á dor e á reação do abdomen.

Diagnóstico: apêndice.

Exame radiológico (contraste "per os"): Defeito de enchimento (ver figura 5) no fundo do cecum. Este está fixo e doloroso á palpação, mostrando ainda bosseladuras anormais. Apêndice ileocecal visualizado, de luz irregular, apresentando-se, também, fixo e doloroso. O ileo em quasi toda a sua última porção está muito dilatado.

Cirurgia: demonstrou a existência de tumor inflamatório do cecum.

CASO 4

A. M., com 33 anos, lavrador. Entrou para a S. C. em 25-5-39 queixando-se de fistula estercoral (que se abre na fossa ilíaca direita) há 6 meses.

Diz que há 7 meses atrás começou a sentir dor não muito intensa na f. il. direita. A dor foi de pouca duração. Poucos dias depois de cessada a dor, percebeu á altura da f. il. direita o aparecimento de uma "bolinha" (sic) sob a pele que foi crescendo aos poucos até que, 20 dias

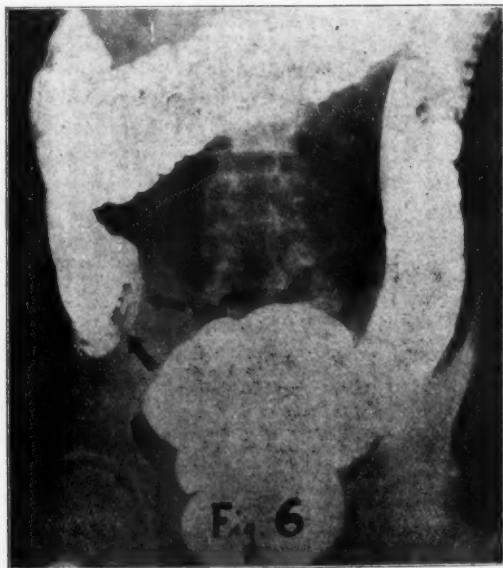


Fig. 6 — Notar o defeito de enchimento do cecum na zona do tumor (setas)

depois, estava do tamanho de uma laranja tangerina. Procurando o médico, este disse tratar-se de *apendicite supurada* e indicou-lhe a operação. No início da doença não teve febre nem vômitos. No entanto, estes sintomas surgiram quando o tumor alcançou o tamanho de uma laranja. Durante a operação um irmão do doente que assistira á mesma, disse-lhe que o cirurgião retirou-lhe do abdomen muito puz. O médico drenou a f. il. direita durante muitos dias. Curativos posteriores mostravam sempre a presença de um liquido escuro com cheiro de fezes. O cirurgião afirmou que não poudé retirar o apêndice ileo-cecal por não encontrá-lo. Julgou que o mesmo já estivesse destruido pelo processo inflamatório.

Como até agora a abertura da cicatriz operatória não tinha tendência ao fechamento procurou a S. C.

O *exame geral*: nada digno de nota. Apenas os gânglios inguino-crurais mostram-se muito volumosos, duros e indolores.



Gripe e resfriados

CORTOBION QUININA

AMPÔLAS OU DRÁGEAS
(CORTEX DA SUPRA-RENAL + VITAMINA C + QUININA)

LABORATÓRIO  "TORRES"

RUA GUCÉRIO, Nº 429 - SÃO PAULO



Fig. 1 - Antes da inalação, o corneto nasal inferior esquerdo se apresenta fortemente intumescido e congestionado. Narina esquerda totalmente obstruída.



Fig. 2 - Cerca de 10 minutos após inalação de RINEDRINA, o corneto se mostra pálido pregueado. A obstrução da narina esquerda desapareceu por completo.



RINEDRINA

INHALANTE

Vaso-constritor à base de anfetamina

O
Fígado
nível d
galinha
f. il. d
dentro
roxos,

Di

Ex
no cec
pação.

Pos
pela bo
vinha d

Cir
filtração

O
vista ra

Ap
radiológ

Cor
de impo
clínico.

Ap
cujo dia

As
mostram

1) — A
k

2) — C
g

3) — B
(l
g

4) — Jo
In
T

5) — K
th
19

6) — Li

O exame especial revela: Colon transversal palpavel, duro e indolor. Fígado e baço não palpaveis ao nível do rebordo costal. Palpa-se ao nível da f. il. direita um tumor do tamanho aproximado de um ovo de galinha, fixo aos planos profundos, doloroso á pressão. Presença na f. il. direita de uma cicatriz operatória paralela á arcada crural e para dentro desta. O terço inferior da cicatriz mostra 2 aberturas de bordos roxos, por onde saem fezes.

Diagnóstico: Fístula estercoral cecal pós-operatória.

Exame radiológico: O enema opaco mostra: Defeito de enchimento no cecum (vêr setas na figura 6) que se acha fixo e doloroso á palpação. Ausência de visualização do apêndice ileo-cecal.

Posteriormente, num segundo exame radiológico, injetamos contraste pela boca fistular, o que nos deu a confirmação de que a fístula provinha do cecum.

Cirurgia: Apendicite supurada (tumor inflamatório do cecum). Infiltração neoplásica infectada. (confirmação pelo exame histopatológico).

RESUMO

O autor estuda os tumores inflamatórios do cecum mais do ponto de vista radiológico.

Após a descrição rápida do exame clínico passa a citar os sintomas radiológicos mais comumente encontrados nesta doença.

Conclue que para o diagnóstico de tumor inflamatório do cecum é de importância o médico ligar num só todo, o exame radiológico ao exame clínico.

Apresenta, por fim, 4 casos típicos de tumor inflamatório do cecum cujo diagnóstico foi comprovado inteiramente pela cirurgia.

As radiografias respectivas de cada um destes casos escolhidos, mostram vários sintomas descritos pelo autor.

Endereço: R. Sete de Abril, 235 — Apart. 303

TRABALHOS CONSULTADOS

- 1) — ASSMANN (H.): Klinische Roentgendiagnostik der Inneren Erkrankungen, F. C. W. Vogel, Berlin.
- 2) — CHAUL Y STIERLIN: Diagnóstico Roentgenológico del Tubo Digestivo. Traducción por el Dr A. Bages Carey, 1931.
- 3) — BERG (H. H.): Fortschritte auf dem Gebiete des Verauungskanal. (Klinische Roentgenuntersuchung des akuten Bauchfalls). Roentgenpraxis, Abril, 1937.
- 4) — JOSEPH C. BELL: Roentgenologic Studies of The Large Bowel. In Infections By Endamoeba Histolytica, Before, During And After Treatment. The am. jour. of roent. & rad. therapy, June, 1938.
- 5) — KOEHLER (Alban): Grenzen des Normalen und Anfaenge des Pathologischen im Roentgebilde. Hamburg: Lucas Graefe und Sillen, 1928.
- 6) — LEO G. RIGLER: Outline of Roentgen Diagnosis. Atlas Edition, 1938.

Espasmo-Cibalena

"Ciba"

Antispasmódico e analgésico
sem alcaloides

Espasmos dolorosos
do aparelho digestivo,

Espasmos dolorosos
do aparelho genito-
urinário,

Hemicrânia, dismenorrea,
angina do peito, etc.

Drágeas - Supositórios

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.
Rio de Janeiro - São Paulo - Recife



A hemossedimentação e a anemia *

Noções práticas

Ac. Merrame Adura

Interno voluntario da 2.ª M. H. (Santa Casa)

A bibliografia sobre a hemossedimentação é por demais extensa. Por isso, longe de nós a intenção de revê-la.

E' intento nosso escrever uma nota que interesse aos práticos. Não pretendemos, em absoluto, exgotar o assunto. Que deixaremos de abordar uma série infinda de problemas, não temos a menor dúvida. Pretendemos, porem, focalizar aspectos de interesse para os que fazem laboratório e para os que são obrigados a interpretar os resultados dos exames de laboratório.

GENERALIDADES

O sangue pode ser considerado como sendo uma suspensão de células em um fluido viscoso, o plasma.

A distribuição equitativa dessas células é assegurada pelo movimento constante desse fluido.

Diminuindo a velocidade da corrente sanguínea, as células, suspensas no plasma, tendem a aprofundar-se, a mergulhar, a sedimentar.

O fenômeno da sedimentação dos corpusculos sanguíneos pode ocorrer "in vivo". Artificialmente, LINZENMEIER (citado por BASTOS) poudé observá-la, procedendo da maneira seguinte: amarrô o braço de uma paciente, em dois níveis diversos, deixando-o depois em posição vertical, por longo espaço de tempo. Por punção da parte alta da veia, retirou um sangue muito pobre em hemácias, em contraste com o retirado da parte inferior, que era rico em eritrocitos.

Interessa-nos, apenas, a hemossedimentação "in vitro".

Retirando-se uma amostra de sangue venoso, ou arterial, verificamos que, com a supressão do movimento do plasma, as células tendem a sedimentar. A sedimentação, porem, não pro-

* Trabalho apresentado á Sociedade Medica São Lucas em 9 de maio de 1941.

gride muito por ocorrer, nas condições ordinárias, o fenômeno da coagulação. Como este fenômeno sobrevem, mais ou menos rapidamente, no sangue fora dos vasos, quasi não se observa uma sedimentação apreciável.

Se, por um motivo qualquer, o sangue é impedido de coagular-se, podemos, então, observar a sedimentação "in vitro" de maneira mais evidente.

Tomemos, por exemplo, uma amostra de sangue venoso, adicionemos-lhe uma certa quantidade de um anticoagulante qualquer, homogenizemos a mistura e a aspiremos com uma pipeta de pequeno calibre. Se mantivermos a pipeta em posição vertical, observaremos que, pouco a pouco, em um lapso de tempo variavel com diversos fatores, vai separando-se, na primitiva coluna sanguínea, uma camada superior de plasma claro, que encima uma coluna de células.

Que aconteceu?

As células sanguíneas mergulharam através do plasma e foram sedimentar em nível inferior. No fim de certo tempo, uma hora, digamos, três camadas podem ser observadas na coluna de sangue: uma inferior, corada em vermelho, é a camada de hemácias, uma delgada camada branca de leucocitos e, finalmente, uma camada superior de plasma claro. Normalmente, a camada de hemácias é a maior de todas.

Este é, em resumo, o comportamento "in vitro" do sangue tornado incoagulavel.

Em numerosos estados mórbidos, a sedimentação do sangue é mais rápida. Em outras palavras, a coluna de plasma que se separa, no fim do mesmo tempo, é maior em certos sangues patológicos do que no normal.

EXPLICAÇÃO DO FENÔMENO

Difícilimo é tentar explicar o fenômeno da sedimentação rápida das células sanguíneas, em numerosos estados mórbidos.

Procuraremos resumir o que lemos a respeito em trabalhos recentes e não analisaremos, de modo álgum, as numerosas hipóteses aventadas.

Verdade é que, embora muito se tenha escrito, pouco se sabe sobre a natureza íntima do fenômeno.

WINTROBE diz FARHAEUS admitir depender a estabilidade da suspensão sanguínea do raio das partículas suspensas. As variações desse raio dependem da agregação maior ou menor das hemácias, formando-se desse modo, partículas maiores ou menores.

No sangue de sedimentação rápida, formam-se partículas maiores, a causa, porem, dessa maior agregação não é conhecida.

BEST-TAILOR dizem que no sangue de sedimentação rápida ocorre uma agregação maior de células, formando-se partículas mais pesadas, equivalendo este fato, quanto ao efeito, a um aumento do tamanho individual de cada célula. Esses AA. usam de uma imagem expressiva: pedaços de argila mergulham rapidamente na água, enquanto que a argila finamente dividida permanece quasi indefinidamente suspensa.

Segundo os referidos AA., o sangue de sedimentação rápida apresenta um aspecto rugoso, visível a olho nú, bastando para isso, espalhar um pouco de sangue sobre uma lâmina. O sangue de sedimentação normal, quando espalhado sobre uma lâmina, forma uma película homogênea, lisa. Ao microscópio, o sangue de sedimentação rápida apresenta-se com as células agregadas em grandes massas.

WINTROBE admite ser ainda desconhecida a causa dessa tendencia a formar partículas maiores, mais pesadas. BEST-TAYLOR admitem serem o fibrinogênio e as frações globulínicas que agem sobre as células, de um modo desconhecido, fazendo com que elas formem grandes agregados. A sedimentação rápida decorreria de um teor mais alto em fibrinogênio e em frações globulínicas.

Essa é, aliás, a maneira de ver de outros autores, porem WINTROBE e outros acham não ser correto admitir que a causa da sedimentação rápida decorra do aumento de fibrinogênio e das globulinas plasmáticas, sendo para esses autores ainda desconhecida a causa real.

Deve existir algum fator plasmático pois que a sedimentação é mais rápida no plasma do que no soro. (WINTROBE).

Que é um fator plasmático e não celular fica evidenciado com o seguinte:

Os eritrocitos de sangue com sedimentação rápida (pre-nhez) sendo suspensos em plasma de sangue com sedimentação baixa (ex. de recém-nascido), sedimentam mais lentamente. (BEST-TAYLOR).

BASTOS diz textualmente: "... o que se deve ter em mente é que o fenômeno da hemosedimentação subordina-se a alterações físico-químicas e elétricas do plasma, tendo os glóbulos vermelhos um papel muito secundário, diminuto mesmo".

TÉCNICA

Contam-se às centenas as técnicas propostas para a realização dessa reação.

Há macro e micrometodos, há dispositivos especiais capazes de registrar automaticamente a velocidade de sedimentação. Técnicas há que diferem muito entre si, enquanto que umas nada mais são do que ligeiras modificações de outras.

De tudo isso, resulta a impossibilidade de cotejo entre os resultados obtidos pelos diferentes AA., advindo, então, um prejuizo grande para a aplicação metódica e sistemática dessa reação à clínica prática.

Há necessidade imperiosa de se escolher um método e se aplicar o mesmo com todo o rigor, seguindo os mínimos detalhes técnicos.

A técnica por nós seguida é a de WESTERGREEN e é adotada no Serviço do professor Rubião Meira, 2.ª M. H. da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde trabalhamos.

Temos notado, porem, que na prática diária, inumeros são os detalhes técnicos que deixam de ser observados. Por isso, achamos conveniente dar resumidamente a

TÉCNICA DE WESTERGREEN

As pipetas utilizadas são de 300 mm. de altura e 2,5 mm. de diâmetro, sendo graduadas em mm. até 200 mm. Quando cheias até a marca superior (0), encerram um volume de 1 cc.

Com uma seringa de precisão, contendo 0,4 cc. de solução de citrato de sodio a 3,8 %, aspira-se 1,6 cc. de sangue venoso, sem que para isso promova-se muita extase.

A mistura sangue-citrato é colocada em um tubo de ensaio e homogenizada, com movimentos brandos de vai-vem, rolando-se o tubo entre as mãos. Deve se evitar a agitação violenta do sangue citratado por essa retardar a sedimentação. (MARTINELLI).

Uma vez homogenizada a mistura, aspira-se a mesma, com aa pipeta graduada até a marca 0, colocando-se a pipeta em uma estante, que a mantem verticalmente, ficando a extremidade inferior da pipeta facilmente obturada por uma rolha de borracha mole, contra a qual a pipeta é comprimida por uma mola superior.

A leitura é feita após uma hora e expressa em mm. da coluna de plasma claro sobrenadante.

Esta técnica é prática: bastante facil e rápida. Bem executada oferece bons resultados para a cdinica.

Entretanto, há causas de erro que podem falsear os resultados.

CAUSAS DE ERRO

O prático deve ter presente que:

a) De acordo com WESTERGREEN, o limite entre o plasma e os glóbulos é mais nítido, quando se usa uma solução a 3,8 %

de citrato de sodio, facilitando-se assim a leitura. Não deve ser usada concentração mais alta, porque a concentração de 5 % já pode acarretar retardo na velocidade de sedimentação, acentuando-se esse retardo com o aumento da concentração. A solução deve ser esterilizada a 115° C, durante 15 minutos. O melhor acondicionamento é em ampolas.

A proporção numérica aceita pela grande maioria dos AA. é: sangue: citrato:: 4:1.

b) Quando se pratica a punção venosa, não se deve provocar uma extase que exceda de 1 minuto, para que ela não altere o resultado final.

c) A agulha não deve conter citrato do momento da punção, para que a proporção 4:1 seja rigorosamente observada, devendo ser desprezado, pelo mesmo motivo, o sangue que fica na agulha após a punção.

d) Demonstrou-se que as variações de 1-3 mm. no diâmetro das pipetas não influem sobre os resultados. As variações maiores alteram a velocidade de sedimentação, sendo esta mais rápida nos tubos mais delgados.

e) A altura da coluna hemática deve coincidir com a marca 0. Grandes diferenças de altura podem ocasionar variações nos resultados.

f) Quando o tempo que medeia entre a retirada do sangue e a colocação do mesmo na pipeta não excede de 4 a 5 horas, não há alteração nos resultados. E' sempre preferível, porém, efetuar a prova logo após a punção.

g) Para se colocar o sangue na pipeta, passa-se previamente com cuidado o sangue da seringa (sem agulha) para um tubo de ensaio. Rola-se o mesmo entre as mãos, para homogeneizar a mistura, aspira-se em seguida com a pipeta.

h) Esta deve ficar em posição vertical rigorosa. Há aparelhos, na prática corrente, com dispositivos tais que permitem a manutenção de diversas pipetas em posição vertical. Entretanto, aparelhos há que, ou por defeito de construção, ou por desgaste, mantêm as mesmas em posição viciosa.

Ora, o prático deve ter presente que a inclinação da pipeta acelera notavelmente a reação.

i) As pequenas variações de temperatura pouco influem sobre a reação. E' de boa prática, entretanto, colocar-se a pipeta longe de qualquer fonte de calor ou de frio.

j) Quando há aceleração da sedimentação, é possível não se notar limite nítido entre o plasma e os glóbulos. Nesses casos, a leitura deve ser feita ao nível em que a coluna de glóbulos já é compacta.

k) Todo o material a ser usado deve estar bem limpo e seco. As pipetas devem ser lavadas com água, álcool e éter, sendo guardadas ao abrigo da poeira.

l) Uma vez colocado o sangue na pipeta e esta no suporte, deve ser evitada qualquer vibração, afastando-se com isso uma causa hipotética de erro.

MODOS DE SE EXPRESSAR A REAÇÃO, VALORES NORMAIS

Abreviadamente a reação da velocidade de sedimentação sanguínea pode ser designada por S. R. Esta, aliás, é a abreviatura adotada pela grande maioria dos autores modernos.

Na prática diária, costuma-se ler a S. R. uma hora após o sangue ter sido colocado na pipeta e esta na estante do aparelho.

A esse valor dá-se o nome de *velocidade de sedimentação na primeira hora*, é expressa em mm.

Os valores considerados como normais variam de autor para autor, porem dentro de limites muito pequenos.

Entre nós, MARTINELLI encontrou cifras que oscilavam entre 1,5 e 6 mm. para indivíduos do sexo masculino, e para a mulher, no periodo intermenstrual, de 5 a 13 mm.

BASTOS, em 44 estudantes sadios, encontrou valores que iam de 1 a 7 mm.

No Serviço onde trabalhamos, são considerados como normais os valores compreendidos entre 5-10 mm.

De uma maneira geral, os valores que encontramos como normais são mais altos para a mulher do que para o homem. WINTROBE admite para ambos os sexos como normais valores que vão de 0 a 10 mm., desde que levemos em consideração o número de hemácias, que como sabemos, em condições normais, é menor na mulher do que no homem. Veremos que é incorreta essa maneira de proceder.

Para o recém-nascido, BEST-TAYLOR dão como normal a cifra 0,5 mm.

Existem outras maneiras de se fazer a leitura.

Assim é que MARTINELLI considera como insuficiente a leitura da 1.^a hora. Segundo o referido A., WESTERGREEN e KATZ determinavam um valor medio, ao qual denominaram *velocidade de sedimentação* e que é igual à metade da soma da leitura da 1.^a hora com a metade da leitura da 2.^a hora.

$$\text{Velocidade de sedimentação} = \frac{\text{veloc. 1.ª hora} + \frac{\text{veloc. 2.ª hora}}{2}}{2}$$

O "Nec-plus-ultra"

DA QUIMIOTERAPIA ANTIGONOCÓICA

Nec-Ultron

4-(4'-SULFONAMIDO AMINOBENZOL)
BENZOLSULFONMONOMETILAMIDA

Percentagem máxima
de curas (quasi 100%)

Eficácia comprovada
nos casos recentes

Tolerância perfeita

Economia considerável



Preços inalterados

Vitamina

B₁ ETAXINA

Novas dosagens:

Betaxina:

Betaxina forte:

Caixas de 3 ampolas a 5 mgr.

Caixas de 3 ampolas a 25 mgr.

Caixas de 15 ampolas a 5 mgr.

Caixas de 15 ampolas a 25 mgr.

Caixas de 50 ampolas a 5 mgr.

Caixas de 50 ampolas a 25 mgr.

*Tubos de 20 comprimidos a 3 mgr.



O mesmo A. refere ainda que NOGUEIRA CARDOSO propoz o índice de sedimentação, obtido da maneira seguinte:

$$\text{Índice de sedimentação} = \frac{\text{Sed. 1.ª hora} + \frac{\text{Sed. 2.ª hora}}{2} + \text{Sed. 3.ª hora}}{3}$$

Entre nós, MARTINELLI determinou os índices normais. São eles: 20 para o homem e 25 para a mulher.

Há quem determine a velocidade de sedimentação nas 24 horas, pretendendo com isso estimar o valor globular, o que não é correto, uma vez que o fenômeno da sedimentação perdura além das vinte e quatro horas, prosseguindo lentamente por mais alguns dias.

Na clínica prática, devemos ficar com a leitura da primeira hora apenas, e assim procedendo estamos com a maioria dos AA. Não há vantagem alguma em fazer demorar uma prova que está longe de ser uma medida rigorosa, exata, mas, é apenas uma prova clínica, uma "impressão de laboratório".

Há ainda uma outra maneira de se considerar a S. R., sendo esta modalidade adotada em Ginecologia, segundo o que lemos em AZEVEDO.

Ei-la:

A leitura é a da 1.ª hora. A reação é dita *positiva*, quando a coluna de plasma é superior a 20 mm., *negativa*, quando inferior a 15 mm. e *duvidosa*, quando entre 15 e 20 mm., devendo ser repetida.

VARIAÇÕES DA S. R., VALOR DA REAÇÃO.

A S. R. varia na razão inversa da estabilidade da suspensão sanguínea, que pode aumentar ou diminuir.

No campo da Patologia, raras são as eventualidades em que há um aumento da estabilidade da suspensão sanguínea e consequentemente uma diminuição da S. R. Encontrar-se-ia retardo da velocidade de sedimentação nos estados alérgicos e no "shock" peptônico. (BEST-TAYLOR).

Já a diminuição da estabilidade da suspensão sanguínea é encontrada em numerosíssimas eventualidades. Fora do terreno patológico, encontramos uma S. R. apreciavelmente acelerada na prenhez normal, atingindo valores da ordem de 35 mm. (BEST-TAYLOR).

Alguns AA. pretenderam aproveitar-se do fato de haver aceleração da S. R. na prenhez normal, para fazer o diagnóstico precoce da mesma. Entretanto, a S. R. não tem esse valor, pois que a aceleração é mais nítida durante a segunda metade da

gestação, particularmente a partir do sexto mês, quando o clínico já possui elementos mais seguros para firmar o diagnóstico.

E' interessante ter presente a persistência da aceleração da S. R. após o parto, persistência que vai até 3.^a ou 4.^a semana, retornando depois a reação ao normal. (WINTROBE).

Quanto à menstruação, alguns AA. admitem que a mesma influa sobre a S. R. Entre estes, encontram-se BEST-TAYLOR. WINTROBE admite pequena flutuação na S. R., flutuação esta desprezível clinicamente.

Os AA. nacionais que consultámos são acordes em admitir que a menstruação não altera a velocidade da S. R. nas condições normais.

Esta é uma noção muito importante em Propedêutica Ginecológica, pois que em uma única eventualidade, apenas, pode o fluxo catamenial acelerar a S. R.: quando existir um processo inflamatório anaxial. Nesses casos, a hiperemia anaxial, concomitante exacerba o processo mórbido localizado, intensificando-se as dores, aparecendo ligeira hipertermia. (AZEVEDO).

Quanto à alimentação, não tem ela influência alguma sobre a S. R., segundo os AA. que consultámos.

A S. R. é bastante importante do ponto de vista clínico por ser capaz de traduzir alterações humorais ligeiras que podem não ser notadas. Toda e qualquer causa capaz de alterar o equilíbrio plasmático, com aumento do teor sanguíneo em albuminas excessivamente labeis (globulinas) e diminuição relativa das albuminas estaveis, ocasiona uma aceleração da S. R. E' este o caso de uma infecção aguda.

Pelo exposto, compreendemos não ser específica a S. R., ocorrendo a sua aceleração em todas as molestias que provoquem um desequilíbrio humoral, pela entrada de albuminas muito labeis na torrente circulatória, albuminas essas que se originam num foco qualquer de desagregação tissular, em caso de processo inflamatório, de tumor maligno, etc. A S. R. é assim um revelador fiel e seguro do comprometimento do organismo, sem entretanto, localizar a sede de lesão, nem estado de órgão lesado.

Sem valor específico, é ela entretanto um poderoso auxiliar do diagnóstico, sendo capaz de revelar um processo mórbido no organismo, às vezes, antes mesmo que apareça qualquer sinal clínico ou de laboratório. E' por esta razão que, encontrada uma S. R. elevada em paciente aparentemente sadio, deve o clínico procurar cuidadosamente descobrir a causa dessa aceleração.

O valor prognóstico da S. R. é notável: revela com mais precisão que as curvas termica, leucocitaria e do pulso, o grau

de intensidade da molestia. Muitas vezes, toda a sintomatologia clinica desaparece, e a S. R. persiste ainda acelerada indicando assim que o processo não foi debelado de todo, persistindo em atividade.

As inflamações aceleram notavelmente a S. R. quanto mais ativas forem; com o evoluer do processo a S. R. acelera-se com o agravamento do mal, diminuindo com a melhora do paciente. Lembramos, entre parentesis, que no estado pré-agônico, há uma diminuição da S. R.

E' interessante a correlação seguinte: a temperatura eleva-se mais precocemente que a S. R. acelera-se, enquanto que a S. R. normaliza-se algum tempo depois que a temperatura. A razão desse fato seria a seguinte: A temperatura é uma defeza immediata do organismo, enquanto que a aceleração de S. R. é consequência de alterações do equilibrio plasmático. O plasma não pode equilibrar-se rapidamente, razão porque a convalescença pode prolongar-se por algumas semanas após a normalização da temperatura. Sendo a S. R. mais sensível que a temperatura, persiste alterada até que o plasma sanguíneo se equilibre. Segue-se daí que a S. R. tem mais uma utilidade: a sua normalização indica o término da convalescença, após uma operação. ou após uma molestia infecciosa.

O reaparecimento de uma S. R. alta em um convalescente, ou em um paciente que já teve alta, previne o médico antes que qualquer sintoma apareça que o paciente vai ter uma recaída. Esta é mais uma virtude da S. R. O mesmo se diga em relação ao aparecimento de complicações.

Na tese de BASTOS, encontramos uma tabella de KRAUSE e WICHMANN, organizada em 1933, e que classifica os valores da S. R. determinados pela técnica de WESTERGREEN. Ei-la:

S. R.

<i>Homens</i>	<i>Valores</i>	<i>Mulheres</i>
- 1 mm.	sub-normal	- 4 mm.
1-3 "	normal	4-7 "
4-7 "	limites	8-11 "
8-11 "	levemente patológica	12-15 "
12-35 "	mediamente patológica	
36-80 "	fortemente patológica	como nos
mais de 80	fortissimamente patológica	homens

ANEMIA E HEMOSSEDIMENTAÇÃO

Consultando diversos AA., tivemos a oportunidade de verificar que numerosos foram os trabalhos feitos no sentido de se apurar qual a influência da anemia sobre a S. R. e qual a maneira de corrigi-la.

A S. R. pode ser encontrada acelerada na anemia e diversos AA. pretenderam verificar até que ponto a anemia por si mesma influe na velocidade de sedimentação. Para isso, fizeram-se experiências interessantes. Assim "anemiou-se" sangue normal, pela adição de plasma autógeno, verificando-se aceleração da S. R. nesse sangue assim "anemiado". Outros AA., além de "anemiarem" sangues normais pela adição de plasma autógeno, tornaram menos anêmicos e até policitemicos sangues anêmicos e verificaram a variação da S. R. na razão inversa do volume globular, ou do número de eritrocitos.

Verificou-se dessa maneira que o volume corpuscular e o número de hemácias influem sobre a velocidade de sedimentação "in vitro".

Por esta razão, diversos AA. propuzeram modalidades diversas de corrigir a leitura da S. R., levando-se em consideração, ou o número de hemácias, ou o volume corpuscular, ou o diâmetro medio, ou conteúdo hemoglobínico das hemácias. De acordo com esses AA., deveríamos sempre levar em consideração essa correlação.

Entretanto, provou-se, experimentalmente, "in vivo" que essa influência por parte dos eritrocitos, se existir, será muito pequena: GREGG provou isso, experimentalmente, "in vivo", provocando uma anemia crônica em coelho.

Não têm razão os AA. que dizem haver uma aceleração da S. R. nas anemias hiperocrômicas, por causa do maior peso específico dos glóbulos, e a razão dessa nossa afirmativa se encontra no proprio mecanismo da reação.

Pelo que dentro em pouco veremos, não devemos emprestar, na prática diária, valor algum às tabelas de correção propostas, quer, levando-se em consideração o volume globular, quer o teor em hemoglobina, etc.

A grande maioria dos AA. dá uma importância secundária ao fator numérico dos eritrocitos no mecanismo da reação. Outros, entretanto, negam-lhe absolutamente qualquer valor. Deve mesmo ser considerado como secundário esse fator uma vez que as alterações físico-químicas e elétricas do plasma é que desempenham papel de maior monta. Na prática, esse fator pode ser considerado como nulo.

Quanto ao peso específico das hemácias, também não há razão para ser considerado fator de importância, quer pelo proprio mecanismo do fenômeno, quer pela existência de uma dife-

rença bastante acentuada na sedimentação das hemácias de boi e de cavalo, eritrocitos esses de mesmo peso específico. Há ainda a verificação de SADLON (citado por BASTOS), que lhe permitiu negar a influência do teor hemoglobínico, estudando comparativamente uma anemia hipocrômica com uma hiperocrômica.

Provou-se também que o diâmetro medio das hemácias não tem influência alguma sobre a S.R.

Experimentalmente, conseguiu-se relegar para plano muito secundário o papel dos eritrocitos na S.R.

Os eritrocitos de gestantes ou de pacientes com infecção aguda, quando lavados e colocados em plasma sanguíneo de pessoas, sãs, apresentam S. R. não alterada, enquanto que os glóbulos de pessoas sãs, colocados em plasma de gestantes, sedimentam depressa.

Provou-se assim de maneira irrefutável o papel primordial do plasma como regularizador da hemossedimentação, atribuindo-se-lhe, hoje, um papel quasi que absoluto.

A propósito das fatores de correção, é interessante atentar para as palavras de BOUTON JR.: qualquer tentativa de correção da S.R. em um paciente secundariamente anemiado obscurece grandemente a verdadeira natureza do processo e reduz deste modo o valor da leitura por introduzir um *fator extranho* e mais do que isso, *inconstante*.

A noção prática é a seguinte: deante de uma S.R. de um paciente anemiado, não devemos nos preocupar com os fatores e tabelas de correção propostos por diversos autores. A correção para anemia, sobre não ser util, é prejudicial por diminuir o valor da leitura, com a introdução de um fator extranho e inconstante, e por complicar inutilmente uma prova que pôde ser realizada com bastante facilidade.

SUMARIO

O A. compilou noções de ordem prática, afim de divulgá-las. Pelo que se depreende da leitura deste, a S.R., pela técnica de Westergreen é de execução facilima e muito pouco dispendiosa, podendo ser feita mesmo no consultorio. Deve ser considerada como um exame de rotina e encarada como um auxiliar no diagnóstico, tendo valor prognóstico. Sendo mais sensível que a febre e a leucocitose, permite acompanhar com segurança maior a evolução de um foco infeccioso. Permite verificar o término da convalescença, previne o médico da eventualidade de uma recaída e de uma complicação.

A S.R. deve sempre ser interpretada juntamente com o quadro clínico.

Na prática não devemos nos preocupar com fatores de correção para a anemia.

BIBLIOGRAFIA

- AGNOR, E. B. — "The blood sedimentation test as a routine diagnostic; a clinical evaluation of 2.063 cases" — *An. of. Int. Med.* 14(5)774-788,'40.
- AZEVEDO, J. S. — "Reação da sedimentação na propedeutica gynecologica" — Tese inaugural da Fac. Med. S. Paulo, 1927.
- BASTOS DOS SANTOS, A. — "A Hemosedimentação. Seu valôr no estudo das cardiopatias reumatismais e reumatismo articular agudo" — Tese inaugural da Fac. Med. S. Paulo, 1934.
- BEST-TAYLOR — "The physiological basis of medical practice" — pags.: 80-82. Edição de 1940.
- BOUTON JR., S. M. — "Erythrocyte sedimentation and anemia (a preliminary report)" — *J. Lab. & Clin. Med.* 23:519-527,'38.
- GREGG, R. O. — "Sedimentation-rate in experimental anemia (rabbit)" — *J. Lab. & Clin. Med.* 22:786-795,'37.
- GREGG, R. O. — "Effect of anemia on sedimentation-rate" — *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* 14:600-605,'39.
- HAMBLETON e CHRISTIANSON — "A simplified method of correcting the sedimentation rate for the effect of cell volume" — *J. Lab. & Clin. Med.* 23:860-864,'38.
- MAIZELS, M. — "The sedimentation-rate" — *Lancet* 2:936-937,'36.
- MARTINELLI, E. S. — "A Hemo-sedimentação e seu valôr prognostico na tuberculose pulmonar" — Tese inaugural da Fac. Med. S. Paulo, 1928.
- WHITBY e HYNES — "Correction of the sedimentation-rate for anemia" — *Lancet* 2:249-251,'38.
- WINTROBE, M. — "The application and interpretation of the blood sedimentation test in Clinical Medicine" — "The Medical Clinics of The North America"; pags. 1537-1551.

FORMINA ASSOCIADA AO CLORETO DE CALCIO E A' GLICOSE NOS PROCESSOS INFECCIOSOS E NO PRÉ-OPERATORIO

CAIXA COM 6 AMPOLAS
DE 10 E 20 cc.



DEXTROSOL

(Glucose -d)



**EM PEDIATRIA
CLINICA MEDICA
CIRURGIA**

*Glucose é a principal
fonte de energia*

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA, 2972
SÃO PAULO

CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO

Phosphoro colloidai

Calcio colloidai

Vitamina A

Vitamina D

FOSFANIL

CARENCIA DE VITAMINAS A e D
Rachitismo - Osteomalacia - Osteoporose - Fixador do calcio
Reconstituente geral

INJECTAVEL 10 AMPOLAS DE 2 cc
GOTTAS FRASCOS DE 10 c.c.

Laboratorio



Orthobios

RUA ANTONIA DE QUEIROZ 549 - TELEPHONE. 4-8050 - SÃO PAULO BRASIL

SYPHILIS



O mais moderno,
mais espirillicida e
mais toleravel dos
arsenobenzóes. Satis-
faz integralmente
às exigencias de
"standardização"
da Comissão de
Hygiene da Liga
das Nações.

DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

EMBALLAGENS:

Caixa de 1 e 10 ampolas de cada dose
Caixa-série clinica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),
para um tratamento completo.
Caixa-série completa: 6 ampolas doses I a VI

CORRESPONDENCIA: **Rhoia** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

SECO

Pre
1834,
Chag
barão
Itapa
Acha
insec
CARDO
A. A.
inquê
gas, r
"Barã
de Ita
Captu
pécie
os qu
uma
ção pe
(45,3
cães n
do sic
exame
A pes
molest

(*)
Boletim

T
TUBER
FRACTUR
ESCO

PRODUÇÃO MÉDICA PAULISTA *

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS
EM 14 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. F. A. CARDOSO

Presença do *T. infestans* Klug 1834, infectado pelo *T. cruzi* Chagas 1909, no nucleo colonial barão de Antonina, mun. de Itaporanga, Est. de S. Paulo. Achado de 2 cães naturalmente infectados. — DRS. F. A. CARDOSO e E. NAVAJAS. — Os A. A. relatam os resultados de um inquérito sobre molestia de Chagas, realizado no Nucleo Colonial "Barão de Antonina", município de Itaporanga, Estado de S. Paulo. Capturaram 540 triatomas, da espécie "*T. infestans* Klug", 1834, os quais, examinados, mostraram uma alta percentagem de intesfação pelo "*T. cruzi* Chagas", 1909 (45,3 %). Foram encontrados 2 cães naturalmente infectados, tendo sido feito o diagnostico pelo exame de sangue em gota espessa. A pesquisa de casos humanos da molestia resultou negativa.

Comentários : Dr. G. Rosenfeld : Ressaltou a grande percentagem de triatomas infectados, que se depa-ram em inquéritos epidemiológicos e assinalou que não se encontram, concomitantemente, casos huma-nos, provavelmente porque o diag-nóstico dos casos crônicos da mo-lestia é muito difficil. E' de opi-nião que as reações sorológicas mu-itto poderão contribuir para a des-coberta de tais casos.

Dr. Navajas : Achou justa a opinião do comentador a respeito da conduta diagnóstica, nos casos crônicos. Aliás é intenção sua e do dr. Cardoso recorrerem à reação de fixação do complemento em inquéritos epidemiológicos futuros.

Dr. M. P. Barretto : Salientou a discordancia observada em cer-tas regiões, entre a existência de triatomas e outros animais infec-tados em percentagem elevada pelo

(*) As noticias referentes á Sociedade Medica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatorio São Lucas, que é distribuido com o presente numero.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO**TRICALCINE**TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSEFabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-ParisUnica distribuidora para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
274, Rua General Camara — Caixa 484 — RioAMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

"T. cruzi" e a ausência ou a percentagem diminuta de casos humanos. Disse que talvez o fato encontre explicação na existência de raças diferentes de "T. cruzi", conforme sugere E. Dias; nas regiões em que, com frequência, se encontra a molestia no homem, teríamos uma prevalência de raças patogênicas para o mesmo; naquelas em que se encontram muitos barbeiros ou outros animais prevalentemente infectados, coincidindo com a escassez ou inexistência de casos humanos, estar-se-ia em presença de outras raças daquele tripanosomídeo.

Dr. Cardoso: Não pensa de tal maneira, pois, em laboratório, tem verificado que, nos animais de experiência, o "T. cruzi" quer proveniente de casos humanos, quer proveniente de triatomas ou de outros animais, se comporta do mesmo modo, quanto à ação patogênica. O fato de não se encontrar a molestia no homem em regiões de alta infestação de triatomídeos e de outros animais, parece-lhe ser devido ao fato de ainda não dispormos de métodos perfeitos para o diagnóstico da enfermidade no homem, passando-nos assim despercebidos muitos casos.

Dados bionômicos sobre o "flebotomus fischeri" Pinto, 1926 (diptera psychodidae) — Drs. J. O. COUTINHO e M. P. BARREIRO — Os AA. começaram analisando a distribuição do "P. fischeri" no Estado de São Paulo e mostram que esta espécie, rara nas regiões florestais em desbravamento, onde a leishmaniose cutâneo-mucosa grassa em alta intensidade, incide com maior frequência nas zonas onde a molestia ocorre de maneira esporádica ou é desconhecida, sendo em muitas localidades a espécie dominante da fauna flebotômica. E' capturada sempre em pequenas matas e capoeiras das regiões desbravadas há muito tempo.

Efetuada capturas sistemáticas durante todo o ano nos arredores da cidade de São Paulo, onde o "P. fischeri" predomina, conseguiram reunir uma série de dados sobre sua biologia: 1) Esta es-

pécie ocorre durante todo o ano sendo capturada, embora em menor número, mesmo nos meses mais frios e secos; 2) E' capturada mesmo em noites com chuva fraca ou viração forte; 3) Sua atividade maior se verifica após o crepúsculo, embora seja capturada a qualquer hora do dia; 4) Abrija-se durante o dia em ôcos de pau, fendas de pedra, buracos do solo, recantos húmidos e sombrios de habitações do homem e dos animais; 5) E' espécie muito antropófila; 6) Invade com frequência os domicílios, sendo a espécie mais comum, (às vezes a única) nas capturas feitas no interior das habitações.

Pesquisando larvas e pupas na terra, em detritos orgânicos do solo, em limo e detritos orgânicos acumulados na base de árvores e sobre pedras, etc., encontraram 2 larvas em 3.º estadio, em limo e detritos orgânicos provenientes de raspagem da base de uma árvore; estas larvas colocadas em meio de cultura deram origem a um casal de flebotomo.

Enfim, julgam que, em virtude da sua frequência, de sua acentuada antropofilia e de se infectar experimentalmente com a "L. brasiliensis," o "P. fischeri" deve ser considerado como responsável pelos casos de leishmaniose ocorridos esporadicamente na Cidade de São Paulo.

Novo método para pesquisa de hematozoários — Dr. G. ROSENFELD

— O autor propoz um novo método para a pesquisa de hematozoários no sangue. Nesse processo empregam-se esfregaços um pouco mais espessos do que os usuais, podendo também ser usados esfregaços finos. As hemácias são hemolisadas com o vapor da água da respiração, bafejando sobre a lâmina. Deixa-se secar, fixa-se e cora-se pelos métodos habituais. Os hematozoários, que conservam toda a fineza de detalhes, tornam-se muito evidentes no fundo roseo e homogêneo da preparação.

A vantagem do método consiste no enriquecimento da lâmina e na facilidade de encontrar os parasitaria sobre o fundo roseo permitindo maior rapidez e menor cansaço no exame.

O método é recomendado quando ha poucos parasitas e o método da gota espessa não dá resultado devido à ausencia de gametos, rosaceas ou esquizontes pigmentados. Suas vantagens são intermediarias entre o esfregaço comum e a gota espessa; não substitue as técnicas classicas mas é muito util como método auxiliar.

Comentários: Dr. D. Amaral: Pediu esclarecimentos sobre a fixação usada no método.

Dr. Navajas: Perguntou qual a experiência do A. sobre a gota espessa deshemoglobinizada pelo Ruge, com a qual tem obtido bons resultados.

Dr. Cardoso: Tratando-se de um método que facilita o exame, é para se experimentar na pesquisa do "T. cruzi".

Dr. Rosenfeld: Prestou os esclarecimentos pedidos.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. ANTONIO PRUDENTE

Técnica da laringectomia total para o cancer intrínseco a laringe — PROF. EDMUNDO VASCONCELOS — O A. expôz uma técnica propria para extirpação total da laringe nos casos de neoplasma intrínseco, para os quais não houve indicação, ou não foi eficiente a radioterapia. Depois de classificar e dividir as varias modalidades anatomo-patológicas e as diferentes sedes e discutindo a indicação da laringo-fissura, precisou a indicação extra para o tratamento cirúrgico dos canceres intra-laringeos.

Estudou a propagação do cancer vestibular, da base da epiglote, para a loja ioglossa-epiglótica e as razões cirúrgicas que condicionam a extirpação de todo esse espaço. Faz a crítica das técnicas de Glück-Soerense, e de Glück-Tapia e das manobras de Cetrát. Passa a descrição da técnica propria, que consiste na incisão transversa isolada da incisão circular da traqueotomia.

Descreve a esquelitização da laringe e a secção dos pediculos vascular-nervosos como tempos preliminares às manobras de extirpação. Preconiza a laringectomia de baixo para cima, seccionando, todas as vezes que possível, sobre o anel cricoide, que serve para manter aberto o traqueostoma, dispensando o uso ulterior da canula.

Descreve a pinça esmagadora de sua autoria, para fazer a laringectomia aséptica. Mostra os resultados que esse instrumento proporciona.

Passou, em seguida, a advogar a extirpação total do osso hioide, extirpando assim conjuntamente a laringe, o hioide e o espaço ioglossopiglótico, zona de propagação dos canceres vestibulares. Apresenta uma serie de peças extirpadas e doentes operados ha mais de ano, para justificar esses principios e para atestar dos resultados.

A reseccão infradiafragmática dos nervos esplanínicos. Bases anatômicas e sistematização de técnica — DR. SEBASTIÃO HERMETO JR. — O A. mostrou o interesse atual da cirurgia dos nervos esplanínicos, principalmente em relação ao tratamento cirúrgico da hipertensão essencial, da acalasia do esfinter pelvi-retal, e de certas arterites (tipo Buerger).

O A. procedeu ao estudo da anatomia cirúrgica da porção terminal dos nervos esplanínicos. Salientou como reparos topograficos de calor na identificação dos nervos:

- 1) os pilares interno (medial) e externo do diafragma;
- 2) a arcada psoas;
- 3) o cordão simpático lombar.

O A. descreveu, em seguida, sistematizadamente a via de acesso infradiafragmática, segundo a sua

experiencia no cadaver e "in vivo". Tem utilizado a cirurgia dos nervos esplanênicos como tratamento da acalasia do esfíncter pelviretal (megasisma). Apresentou três observações.

Comentários: Dr. Zerbini: Felicitou o A. pelo seu brilhante trabalho apresentado e em particular, a técnica empregada pelo A. Comentou dois casos por ele estudados, num dos quais o paciente apresentou um megareto experimental, após a operação de resecção de um cordoma do sacro, que comprometia as três últimas vértebras sagradas, e necessariamente as raízes nervosas de onde provinham os nervos do esfíncter anal.

No outro caso de megasisma operado pelo prof. Alípio Corrêa Netto, foi retirado o esfíncter pelviretal, e o paciente não se curou; posteriormente foi feito o abaixamento do reto, e só com isso o doente ficou curado. Julga então, que no trajeto do reto existiria um outro esfíncter, além do primeiro já retirado.

Dr. A. Prudente: Agradeceu ao A. o trabalho apresentado, ressaltando que o caso apresentado merece ser observado com a máxima atenção.

Dr. Sebastião Hermeto Junior: Agradeceu a todos os comentadores, acentuando que com esse trabalho desejava mostrar o interesse que tem o problema do megacolo entre nós.

Respondendo ao dr. Zerbini disse que queria mostrar qual a teoria mais exata a respeito do megacolo e não defender a teoria da etiopatogenia do megacolo.

Tratamento das fraturas das costelas pela alcoolização dos nervos intercostais — Dr. JORGE ZAIDAM — O A. salientou o sintoma dor nos fraturados de costela, sintoma esse que adquire uma importância excepcional, porque a dor é continua, devido aos movimentos respiratórios e se exacerba pela tosse, pelo espirro, etc., diferenciando-se da dor da fra-

tura de outros ossos, porque nestes últimos casos ela cede com uma redução perfeita, e uma contenção adequada. Todos os meios empregados com o fim de conterem os fragmentos de costelas fraturadas, evitando assim a dor, têm falhado. Além de outros processos o A. citou os mais comumente usados, como o do emprego de faixas de esparadrapo embricadas, no hemitorax lesado, que tem varios inconvenientes, além de não satisfazer a finalidade desejada. Entre esses inconvenientes, citou o do cavalgamento dos fragmentos, quando eles não existem, a irritação da pele, que obriga a sua retirada depois de 8 ou 10 dias, a imobilidade muito relativa que produz, e apenas impedindo a exacerbação da dor, pelos movimentos inspiratórios profundos.

Com a alcoolização dos nervos intercostais, correspondentes às costelas fraturadas, a dor desaparece por completo, o paciente volta a respirar livremente, e os movimentos de tosse são desacompanhados de dor. A alcoolização produz uma paralisia temporária dos músculos intercostais, e como consequência a imobilidade das costelas fraturadas. A função, volta de um modo gradual, mais ou menos após três meses.

Todos os AA. que empregam o método, são unânimes em afirmar que ele constitui um progresso notável no tratamento das fraturas de costelas, pelo desaparecimento completo da dor, e pela volta imediata do paciente ao trabalho, como foi também referido pelo A. em seus casos.

A técnica usada é a mesma empregada por Leotta, que consiste na injeção de 2 cc. de álcool a 95 graus, após anestesia local no bordo inferior da costela, a 4 centímetros para fora da linha espondilêia.

No serviço em que trabalha, que é o da 3.ª C. H. da Santa Casa, a cargo do prof. Alípio Corrêa Netto, em 30 casos de fraturados de costelas, 18 sofreram alcoolização dos nervos intercostais, tendo observado sempre a supremacia do método e a volta do paciente às

suas o
eos dis
Com
ledo:
tancia
las no
lando
lentes
tratad
litar.

Sol
de le
vista
— D
POS -
do dr
atend
dade
derma
lista
cação
vista
basea
um g
ricano
classi
com
em
tica
tas c
ment
guida
de l
tipos
vosso
tipos
mole
ment
xos
ment
tipo
as c
ficaç
chra
lica
inter
que
sofri
ção.
sific
vosco
tuid
lepr

suas ocupações sempre se fez poucos dias depois.

Comentários: Dr. Arouche Toledo: Poz em destaque a importância da alcoolização das costelas nos casos de fraturas, assinando que obteve os mesmos excelentes resultados em varios casos tratados por ele no Hospital Militar.

Prof. Antonio Prudente: Agradeceu a comunicação feita pelo A. e confessou que não conhecia o processo. Discordou apenas em um pequeno ponto. Acha que pela alcoolização dos nervos intercostais, não pôde haver imobilidade das costelas correspondentes, porque a caixa torácica nos movimentos respiratorios.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA EM 21 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. HUMBERTO CERRUTI

Sobre a nova classificação de lepra proposta pela "Revista Brasileira de Leprologia"

— DR. NELSON DE SOUSA CAMPOS — Após agradecer o convite do dr. Humberto Cerruti disse que atendeu ao pedido com a finalidade de submeter à apreciação dos dermatologistas da Associação Paulista de Medicina a nova classificação de lepra proposta pela "Revista Brasileira de Leprologia" e baseada em pontos de vista de um grupo de leprólogos Sul-Americanos. Deixando de lado a classica classificação de LELOIR com as modificações sofridas em varios serviços fez a critica das denominadas formas frustas e latentes como tipos fundamentais de lepra. Entrou em seguida no estudo da classificação de Manilha que considera dois tipos fundamentais: o tipo nervoso e o tipo cutaneo, com subtipos indicando a gravidade da molestia representados simbolicamente pelos números 1-2-3 anexos às iniciais dos tipos fundamentais N e C. Além disso um tipo associado ou mixto. Refere as criticas que sofreu essa classificação sobretudo de Lie e Chocrane. A representação simbólica numerica se presta a diversa interpretação individual de modo que um mesmo caso de lepra soffria sempre diferente classificação. Finalmente discutiu a classificação de Cairo, os tipos nervosos e cutaneos foram substituidos pela denominação neural e lepromatoso, com uma sub-clas-

sificação simbólica de 1, 2 e 3, representando grau de gravidade da molestia anexos às letras representativas dos tipos fundamentais e uma sub-classificação especial em relação à natureza das lesões; o tipo lepromatoso sendo uno e o neural podendo ser subdividido em anestésica (Na), macular simples (Ns) e macular tuberculoide (Nt.). Chama a atenção para os pontos principais, dessa classificação: a denominação de lepromatosa a lepra denominada de cutanea em Manilha e a entrada da forma tuberculoide, embora como sub-tipo e que só então merecera ser considerada como modalidade clínica de lepra individualizada. Referiu-se aos trabalhos dos Rabelo, Pai e Filho, nesse Congresso em que apresentaram dois tipos fundamentais polares, o lepromatoso e o tuberculoide com tipos intermediarios. A separação da lepra nesses dois tipos fundamentais foi um grande passo no estudo da questão, porquanto permitiu separar nitidamente formas clinicas de lepra com características clinicas bacteriológicas, histopatológicas e imunobiológicas perfeitamente individualizadas. Após esse Congresso estavam reunidos em São Paulo o prof. Rabelo Filho, do Rio, o prof. J. M. Fernandes, de Rosario, Argentina, o prof. Aguiar Pupo, e os drs. Lauro Sousa Lima, Duarte do Páteo e o conferencista e em troca de idéias, e após o estudo e a observação dos casos de lepra do Sanatório Padre Bento, con-

cordavam em lançar uma nova classificação, em que um terceiro tipo era acrescido aos dois tipos fundamentais e polares dos Rabelo, Pai e Filho; o tipo incarcaterístico, intermediário aos dois e cuja denominação definitiva aguardava uma sugestão dos leprólogos. O tipo lepromatoso apresentava sub-tipos baseados no caráter topográfico nervoso-cutâneo e completo. O tipo incarcaterístico por sua vez em nervoso cutâneo e cutâneo-nervoso e o tipo tuberculoide da mesma forma em cutâneo, nervoso e cutâneo-nervoso. Discutiu a questão do termo mixto que ficou substituído pela forma completa no que incluía uma forma visceral que alguns leprólogos queriam individualizar como sub-tipo. Os fundamentos da nova classificação estavam sobretudo na histopatologia com uma correspondência clínica para cada tipo. Apresenta as razões do abandono da forma do tipo neural ou nervoso que nada mais era que um caráter topográfico, não significando modalidade clínica. Está na dependência de reação do organismo em relação à infecção leprosa e à exteriorização clínica das três modalidades reacionais do tecido em relação ao germen da lepra. Termina pedindo aos colegas sugestões ou críticas à classificação que foi lançada para recebê-las justamente daqueles que se interessam pela leprologia.

Em seguida pediu o dr. Nelson que sua conferencia fosse discutida pelos colegas presentes. Pediu então a palavra o dr. Fernando L. Alayon que, em primeiro lugar, cumprimentou o autor pela clareza com que expoz o assunto. Quanto às propostas recebidas pelo autor afim de modificar a denominação "incarcaterística" crê que as mesmas não tem razão de ser. De fato tanto clínica quanto histopatologicamente temos os casos que intercalados entre as formas polares da lepra, são inexpressivas e muito frequentemente as lesões clínicas incarcaterísticas são histopatologicamente também incarcaterísticas. Assim sendo é de opinião que na nova classificação

se conservasse a denominação de forma incarcaterística para os casos que quer do ponto de vista clínico, quer do estrutural, não apresentem sinais que permitam classificarlos entre as demais formas.

O trabalho do dr. Nelson Souza Campos ainda foi comentado pelo dr. Argemiro Rodrigues de Souza que disse o seguinte: "Assim que foi proposta a nova classificação de lepra, comeccei a empregá-la no Asilo-Colônia Pirapitingui, achando-a ótima sob todos os seus aspectos. Nunca encontrei dificuldades que pudesse lutar para o seu rápido e preciso emprego. Em relação às modificações propostas por alguns colegas quanto à lepra visceral, acho que devem ser postas de lado. Em mais de 20 autopsias feitas por mim, conclui que a lepra visceral só é constatada nos casos mais ou menos avançados da molestia. Portanto esta modificação não tem razão de ser.

O sr. presidente enaltecendo a comunicação do autor que, pôde na complexidade do assunto estudado torná-lo facilmente acessível terminou agradecendo ao ilustre leprólogo paulista pedindo-lhe que traga sempre a Casa novas contribuições.

Considerações sobre os histiocitomas — DRS. HUMBERTO CERRUTI e FERNANDO L. ALAYON — Os autores, ao iniciar o seu trabalho, lembram que os histiocitomas são neoformações mesodérmicas oriundas de elementos celulares que compõem o S. R. E. e que este capítulo da Dermatologia se inicia com o trabalho de Levy-Coblentz. Formas blastomatosas primitivamente catalogadas como fibromas e fibrosarcomas passaram para a categoria de histiocitomas, quando foi demonstrada a capacidade de fagocitose dos seus elementos constitutivos. Viu-se depois em alguns casos que o aspecto anatomo-patológico especial era determinado pelo acúmulo de células espumosas, de protoplasma, vacuolizado carregadas de gorduras e lipóides demonstráveis pelos métodos especiais de coloração. A seguir os AA. descreveram dois

*Úlceras
gastro-duodenales*



PRODUCTOS "ROCHE" S. A. — RUA EVARISTO DA VEIGA, 101 — RIO.

GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chlorexada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SORO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENADO

COM OU SEM
ESTRYCHNINA



NATROL

EMPÔLAS DE TÁRTARO-BISMUTATO DE SÓDIO HIDRO-SOLUVEL

SIFILIS

Cutanea - Visceral - Nervosa

Doença de Brocq-Duhring-Framboesia (Bouba)

Fuso-espiriloses diversas (anginas inespecificas, noma, etc.)

Eficácia comprovada

Doses moderadas de bismuto (2 cc 0,038 Bi)

Rápida absorção — Tolerância perfeita

NATROL (pomada) — Espirilicida e cicatrizante enérgico

CARLOS DA SILVA ARAUJO S. A.
Caixa Postal, 163 Rio de Janeiro
Laboratorio Clinico Silva Araujo — L. C. S. A.
Deposito em S. Paulo: Rua 11 de Agosto, 35

ATROVERAN

sem entorpecentes

O mais energico medicamento contra os *espasmos dolorosos* do py-
loro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos
ureteres, do utero, etc.

A' base de papaverina, belladona, meimendo e boldo XX a XXX
gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

LABORATORIO GROSS - RIO

casos por eles observados no Serviço da Policlínica de São Paulo. O 1.º o de uma mulher de mais ou menos 40 anos de idade que apresentava na perna direita 2 formações tumorais datando de 6 anos a maior e de 2 anos a menor. A mais antiga e mais volumosa de cor violácea saliente, era de consistência dura em alguns pontos e mole, depressível em outros. Indolores espontaneamente e à pressão, só incomodavam a paciente pelo volume do tumor que embora não fosse grande tornava-se incômodo pela localização do processo em região exposta a traumatismos frequentes. O 2.º caso era o de um homem que apresentava pequeno nódulo no braço direito com as características clínicas de fibroma em pastilha de Civatte. O exame histopatológico dos dois casos revelou a estrutura característica dos histiocitomas e pela coloração ao Scharlach R., pôde demonstrar-se que a vacuolização dos elementos celulares era devida à fagocitose de gotículas de gorduras. Os AA. acentuam que os casos apresentados oferecem, excluindo o lado clínico da questão, interesse do ponto de vista histogenético, fazendo notar que, no que diz respeito ao modo de apreensão das gorduras o problema dos histiocitomas está intimamente ligado ao das lipóides sistematizadas e ao do granuloma lepromatoso. Lembram ainda que a opinião dos diversos autores se encontra dividida a este respeito em 2 grupos: de um lado Artz, Kirch e Wittehouse atribuem a qualquer elemento mesenquimal e mesmo a certos elementos de origem epitelial a possibilidade de carregar-se de gordura e lipóides, seja nos tumores propriamente ditos seja em tecidos granulomatosos; ao contrário o outro grupo tendo em vista as pesquisas de Antschkow e apoiado nas observações clínicas e pontos de vista esposados por Cezary, Levy-Coblentz e outros manteria a individualidade dos histiocitomas

Comentários: Prof. dr. Mario Artom: A questão da participação cutânea na patologia do S. R.

E. vai assumindo diariamente limites muito mais amplos. Isto compreende-se facilmente se lembrarmos que não existe outro órgão tão rico como é a pele de base mesenquimal tão extensa, a qual tem enorme contribuição do S. R. E. através dos capilares e da rede pericapilar e periglandular. A contribuição sobre o estudo dos histiocitomas cutâneos apresentada hoje pelos autores é muito interessante, porém representa um simples particular do grande capítulo das retículo-endotelioses tegumentares. Assim, poderemos observar: 1) Alterações por lesão das funções protetoras e reparadoras (granulomas localizados e sistematizados). 2) Molestias por lesão da função hemocíterica (molestia de Schamberg hemossiderose). 3) Hiperplasias localizadas do sistema retículo-histiocitário (tumores xantomatosos, histiocitomas). 4) Hiperplasias difusas (micose fungoide, molestia de Gaucher, xantoma generalizado). 5) Neoplasias (molestia de Kaposi). Compreende-se como seja amplo este problema que estamos considerando, cujo limite ainda não está bem delimitado e por tanto como é fácil de compreender, muitas formas mórbidas são certamente incluídas neste capítulo as quais não teriam o direito; enquanto que outras são afastadas quando deveriam estar incluídas. Lembramos neste particular as recentes admissões neste capítulo não só da assim chamada sarcomatose de Kaposi (que é uma verdadeira e pura angioendoteliase) como também do assim chamado granuloma eosinófilo (que é uma retículo-endoteliase proliferativa) afim de compreendermos qual seja a atual evolução no campo em que estamos considerando. Tem certamente particular interesse o argumento estudado pelos autores, isto é o estudo das moléstias retículo-endoteliais relacionadas com o metabolismo das gorduras e dos lipóides, pois que na pele é possível por em evidência, ao lado de quadros certamente granulomatosos de natureza infecciosa, tendo

deste modo sua séde primitiva nas células e repercutindo sobre o metabolismo local das gorduras e dos lipóides (granuloma leproso), quadros outros muito semelhantes que atravez de graus de passagem não muito bem definidos conservam sempre o carater neo-formativo (histiocitomas, tumores xantomatosos) e finalmente quadros em que o fato primitivo é uma alteração geral do metabolismo e as alterações celulares cutaneas representam uma repercussão local secundaria.

Dr. Humberto Cerruti: Tomando por base os comentarios feitos pelo prof. Mario Artom fez notar que efectivamente no diagnóstico de histiocitomas a parte morfológica deve ser deixada um pouco de lado, sendo necessario estudá-las mais sob o ponto de vista biológico. Assim os nossos casos estudados, pelo exame mais superficial em preparados pela hematoxilina e eosina poderiam ser

classificados como fibroma em pastilha de Civatte, principalmente o primeiro em que o paciente apresentava um único nódulo: a estrutura histológica em nada se diferenciava do fibroma acima referido, porquanto a presença de células espumosas era rarissima e de difficil visibilidade. No 2.º caso a paciente apresentava 2 lesões, sendo a maior um verdadeiro xantomato, enquanto que a menor no ponto de vista histológico lembrava o possivel diagnóstico do fibroma de Civatte. A evidenciação dos lipóides pelo escarlate R no interior de algumas células histiocitárias no 2.º caso e a pesquisa minuciosa de células com protoplasma vacuolizado no 1.º, nos levou a diagnosticar com precisão tratar-se de dois casos de histiocitomas xantelosmoideus. Terminou ressaltando a opinião do prof. Mario Artom no que diz respeito ao estudo biológico do problema o que aliás é muito justo.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. JOSÉ DOS SANTOS ABREU

As glândulas endócrinas e suas relações com a pediatria

— DR. MESQUITA SAMPAIO — O A. apresentou o tema assinalando os progressos da endocrinologia nestes últimos 20 anos e, relacionando a importancia crescente e louvavel que os especialistas dos demais ramos vêm dando a palpitante capítulo da Medicina moderna no nosso meio.

A seguir, fez um apanhado geral sobre a influencia que as glândulas endócrinas, podem exercer, no organismo humano em suas varias fases do desenvolvimento.

Neste particular referiu-se às modificações estruturais, morfológicas e funcionais sofridas no organismo sob a ação das glândulas endócrinas, umas intervindo apenas até certa idade, tal como acontece com o timo, outras não, modificando inteiramente sua ação de acôrdo com a idade individual, por exemplo, a pineal, a hipofise,

a tireoide, a paratireoide, as supra-renais e gonadas.

A propósito, salientou então a importância que se deve dar a esta parte da endocrinologia, no referente ao estudo das "glândulas endócrinas em sua relação com a Pediatria", sobretudo no Brasil, país novo, com uma raça ainda em formação, em condições higiênicas e alimentos precarios, fruto da educação primitiva do povo, pela extensão territorial, como consequencia de conhecimentos rudimentares de alimentação, sem falar nos fatores climatéricos, etc. Assim, salientou o valor que representa a colaboração com as outras especialidades médicas e para o progresso da endocrinologia, em particular com a Pediatria, não só no sentido de influir na educação do povo como de contribuir com seu valioso contingente científico, pelo estreitamento de intercambio, feito atravez de trabalhos conjuntos.

Passou depois ao estudo directo das varias afecções endócrinas na infancia, apresentando um quadro esquemático de Wolf.

Ressaltou antes, pela extensão do assunto, não lhe ser possível se deter quanto seria necessario em cada afecção e passou assim a estudá-las. Em relação a cada glândula, a hipofise, pineal, tireoide, timo, para-tireoide, supra-renais, e gónadas fez um sucinto e instintivo apanhado de anatomia, fisiologia e patologia de acôrdo com as idéias atuais, necessarias para melhor aclaramento das noções clínicas e terapêuticas a serem expendidas.

Assim, estudada cada glândula de per si, entrou na descrição dos varios quadros clínicos atinentes aos distúrbios glandulares, sempre procurando ressaltar a importancia das interrelações gerais e mesclando, muitas vezes, os syndromos monoglandulares, desafiando, com isso a argúcia e a capacidade clínicã do especialista em glândulas endócrinas. Feita a descrição resumida dos varios quadros patológicos e respectiva patogenia, considerou a parte terapêutica.

Todo este estudo foi respigado de pontos pessoais do A., que argumentou não só com o material colhido em boa literatura mundial como, com elementos colhidos em prática endocrinológica, já no ambulatório de glândulas endócrinas da Santa Casa, já na sua clínica particular de grande interêsse e alcance prático.

Fez projecções de experiencias em animais e de casos clínicos elucidativos dos pontos exarados no correr da conferencia.

Comentários : Dr. Hadib Carlos : Felicitou o A. pela interessante conferencia e à Secção de Pediatria de ter a iniciativa de convidar o A. para realizá-la.

A seguir, fez ligeiras considerações acerca da importancia da endocrinologia e da sua applicação à Pediatria.

Finalizando, citou algumas estatísticas relativas à frequencia, feitas nos grupos escolares de Caeiras, da doença do bôcio.

Dr. Lacaz : Chamou a atenção do A. para que ficasse dito, a vantagem da dosagem dos hormonios na urina, pois a seu vêr é um meio que os clínicos poderão lançar mão para melhor diagnóstico.

Dr. Espírito Santo : Perguntou ao A. qual a sua opinião sobre tireoide no recém-nascido que apresenta sífilis congênita e se o A. já teve a oportunidade de observar, nos latentes com sífilis, o funcionamento da tireoide, já que necessita de alguns resultados práticos para completar suas observações.

Dr. Mesquita Sampaio : Agradeceu a todos os comentadores.

Em seguida, resalta a importancia das observações feitas pelo dr. Hadib Carlos, afirmando que essas observações são fatos estatísticos de grande importancia.

Acerca da pergunta do dr. Espírito Santo disse que o que conhece sobre esses casos é através da literatura, por isso nada lhe pôde adiantar.

Terminando, assinalou a importancia que tem a opinião feita pelo dr. Lacaz, a respeito da dosagem dos hormonios na urina para o diagnóstico.

HIPERTENÇÃO ARTERIAL - MIOCARDITES - ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de *Viscum album* - *Cactus grandiflora* - *Cratogeomys* - *Kola* - *Seila Rodanato de Potassa*

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. DECIO DE QUEIROZ TELLES

Pneumotorax espontaneo — DR. FLEURY DE OLIVEIRA — O A., revendo o arquivo do Hospital São Luiz, fez um estudo sobre o o pneumotorax espontaneo, num grande número de casos. Encontrou nesse material, cerca de 11 casos, dando uma percentagem de 1%. Observou que alguns casos de pneumotorax espontaneo eram devidos à propensão da lesão junto à pleura, provocando a perfuração antes que esta reagisse pela sinfise pleural. Outros casos eram devidos à presença de derrames que perfuravam a pleura visceral, procurando drenar através dos brônquios. O A. aconselha que esses derrames não devem permanecer durante muito tempo na cavidade pleural, devido ao perigo de perfuração.

O A. concluiu a comunicação dizendo que esses casos são sempre graves; entretanto, a morte é sempre devida à propria molestia e não ao pneumotorax espontaneo.

Comentários: Dr. Decio de Queiroz Telles: Elogiou o trabalho do A., dizendo que ninguém desejando comentar o trabalho, isso, evidentemente, mostra o assentimento às conclusões a que chegou o A., de que a frequência do pneumotorax espontaneo na tuberculose é bastante raro.

Em seguida, fez um sucinto do histórico da questão, dizendo das antigas dificuldades do diagnóstico diferencial entre o pneumotorax espontaneo localizado e cavernas pulmonares, concluindo que os cavernistas eram os defensores do tratamento ativo e os que diziam tratar-se de pneumotorax espontaneo optavam pelo tratamento conservador higiênico-dietético.

As estatísticas de autopsia de pneumotorax espontaneo dão resultados dispares, como foi mostrado pelo A., sendo que Corylos acha que após a morte, podem formar-se pneumotorax exponta-

neos, de modo a falsear resultados estatístico. A percentagem encontrada pelo A. confirma a seu ver, a raridade do pneumotorax na tuberculose pulmonar, de acordo com a observação clínica. Terminando o comentario, agradeceu ao A. a apresentação do trabalho.

Pleurises sero-fibrinosas — DR. JOAQUIM GOMES DOS REIS — O A. dissertou sobre os pleurises sero-fibrinosos, estudando a etiologia, patogenia, situação no ciclo evolutivo da tuberculose e o seu tratamento.

Classificou os pleurises sero-fibrinosos em pleurises de primoinfecção e de re-infecção. Concluiu pela sua etiologia predominantemente tuberculosa e estudou os seus varios mecanismos patogênicos. Com referencia à sua situação no ciclo evolutivo da tuberculose, de acordo com a opinião da maioria dos autores, localizou os pleurises de primoinfecção, no período secundario de Larke. Quanto ao tratamento, opinou pelo regime higiênico-dietético.

Comentários: Dr. Decio de Queiroz Telles: Ninguém tomando a palavra para comentar o trabalho apresentado à mesa da mesma maneira como se referiu ao Dr. Fleury, interpreta essa atitude como um assentimento geral aos estudos trazidos pelo dr. Joaquim Gomes dos Reis, em cujo trabalho expoz toda a patogenia dos pleurises, encaradas sob todos os pontos de vista.

Depois focalizou a terapêutica a seguir nos casos de pleurises, isto é, afastar o doente do foco de contagio, quando se trata de infecção primaria, e instalar um pneumotorax artificial, quando se trata de re-infecção, e aqui não só para evitar espessamentos pleurais apicais, mas também prevenir um futuro foco pulmonar evolutivo.

A operação de Sebestyen nas aderências insecionáveis — DRS.

COMENALE FILHO E F. FANGANIELLO — Os AA. fazendo um estudo sobre as aderências habitadas insecionáveis, verificaram a possibilidade da sua resecção, pelo processo de Sebestyen, quando essas aderências se apresentam isoladas.

Essa operação consiste em, primeiramente localização perfeita da aderência pela pleuroscopia; em um segundo tempo resecção de uma costela, ao nível da aderência, e descolamento da pleura parietal juxta-aderencial; uma vez descolada a pleura, sobre toda a extensão da aderência, é aberto um pequeno orifício, para estudo melhor do contorno da aderência. Completada essa secção, o pulmão, a aderência e a pleura ressecada são colabados. Os AA. apresentaram um caso no qual foi feita essa operação, tendo sido os resultados, ambos precoces, animadores.

Comentários: Dr. Fleury de Oliveira: Felicitou os AA. pelo resultado a que chegaram; após rápidas considerações acerca do

trabalho acentuou que o único perigo, como já assinalaram os AA., era justamente a infecção, convindo que esse perigo se tornou bem menor, com a indicação feita pelos AA.

Dr. Clovis Corrêa: Felicitou os AA. pelo belo trabalho apresentado; teve ocasião de estudar dois casos com indicação semelhante; acha também que o único perigo dessas operações é a supuração e que a denominação devia ser de "operação de Cartier".

Dr. Decio de Queiroz Telles: Cumprimentou os AA., pelo caso operado segundo o método de Sebestyen, afirmando ser o primeiro caso operado no nosso meio com técnica semelhante, trazido à Secção de Tisiologia. Abordou ligeiramente outras técnicas, que visam o mesmo fim.

Dr. Felipe Fanganiello (respondendo): Agradeceu a todos os comentadores, passando em seguida a respondê-los; referindo-se especialmente ao comentário do dr. Clovis Corrêa, esclareceu que existe nítida diferença entre o método do Sebestyen e o de Cartier, aquele é extra-pleural e este é intra-pleural.

**SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA
EM 28 DE FEVEREIRO**

Presidente: DR. IVAN VASCONCELOS

Miomas do colo do utero. Aspectos toco-ginecológicos — DRS. WALDEMAR DE SOUZA RUDGE e DOMINGOS DELASCIO — Os AA. apresentaram 17 casos de miomas cervicais.

Trouxeram comentários sobre a frequência desses neoplasmas com essa localização, insistindo demoradamente sobre a sua classificação.

Dividiram os miomas cervicais em supra-vaginais e infra-vaginais; acentuaram a sintomatologia essencialmente compressiva desses blastomas, com localização cervical; focalizaram aspectos obstétricos que esses neoplasmas acarretam. Enfim, estudaram com precisão, a terapêutica desses miomas.

Comentários: Dr. Moacyr Amorim: Teceu considerações elogiosas em torno do trabalho dos A. A., dizendo que os mesmos expuseram o assunto com muito acerto, mostrando que o mesmo é ainda digno de toda a atenção. A seguir, comentou sinteticamente, o trabalho sob o ponto de vista anatomo-patológico, ressaltando a importância do estudo da cápsula do mioma. Finalmente pôe em destaque o estudo relacionado com a teoria da displasia do músculo, do miometrio na gênese dos miomas e a questão da displasia do útero ao nível do colo.

Dr. Sylla Mattos: Fez alguns comentários, no que se refere a dificuldade do diagnóstico, assi-

nalada pelos AA., dizendo que os mesmos deviam valer-se das perturbações vesicais, como um grande sinal pois são quasi características dos fibromas de localização, baixa; afirmou ainda que essas manifestações, devem correr com grande frequência nesses fibromiomas e que vão produzir um desvio do reto. Essas pequenas perturbações tornam o diagnóstico mais preciso.

Dr. Tolosa: Felicitou os AA. pelo interessante trabalho apresentado, assinalando que o problema etiológico está longe de ser resolvido e que a explicação mais moderna é a hipercolelémia, não sendo todavia, essa explicação bastante compreensível, porque não é justo pensar-se em homônios que possam produzir um

tumor a determinada zona desse útero, a não ser uma fibromatose regular.

Outros casos há em que encontramos esses fibromiomas numa zona menos irrigada. Outro ponto interessante é a sistematização do tratamento. Nesse ponto os AA. optam pela operação e mais adiante assinalam esta mesma possibilidade com a mulher, durante o período de parto. E' de opinião que nesses casos, seria necessário esperar um pouco.

Dr. Ivan Vasconcelos: Agradeceu aos AA., em nome da mesa, pelo trabalho que trouxeram à Casa.

Dr. Domingos Delascio: Agradeceu os comentários, considerando mais alguns pontos de interesse.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 14 DE JUNHO

Presidente: DR. HUMBERTO CERRUTI

Mutações de encaracterística em lepromatosa — DRS. LAURO DE SOUZA LIMA e FERNANDO L. ALAYON — Os autores relatam suas observações sobre 40 casos da forma encaracterística (maculas simples do Cairo) que se transformaram na forma lepromatosa.

A transformação opera-se por dois processos diferentes:

a) uma transformação progressiva, na qual a pouco e pouco os sinais de transformação instalam-se sobre as lesões pre-existentis:

b) Uma transformação abrupta, na qual subitamente os casos passam de encaracterísticos para lepromatosos.

Os sinais de lepromatização observados na transformação progressiva foram: a) Aparecimento de laivos sepia ou fulvo sobre as

lesões encaracterísticas; b) Zonas de eritema difuso, as vezes com aspecto livedoide, no qual áreas de eritema se acentuam; c) Lesões anulares com círculos internos bem nítidos e externo difuso, perdendo-se gradativamente. A transformação abrupta dá-se pelo aparecimento agudo de lesões eritematosas claras, levemente infiltradas, que lembram um surto urticariano sendo denominadas lesões urticariformes.

Regrid rapidamente a infiltração e sobre o residuo das lesões instalam-se os sinais de lepromatização.

Citam o fato de observarem o aparecimento de elementos de eritema nodosos em pacientes com lesões acromicas. Fazem notar também, o resultado da reação de Mitsuda negativa em todos os casos.

HEXAMYO - IODETO EM GOTAS

SESSÃO DE 12 JULHO

Presidente : DR. ERNANI AGRICOLA

Reação leprotica — DR. LAURO DE SOUZA LIMA — O A. estendeu-se na discussão do conceito da reação leprotica, sugerindo que dessa denominação fosse excluído o eritema nodoso da lepra, o qual por outro lado, deveria ser objeto de um novo plano de estudo, proposto pelo ilustre orador.

Manifestações cutaneas agudas da Lepra — DR. VICENTE PECORARO — O A. chegou praticamente às mesmas conclusões que o orador precedente, separando de modo nítido a reação leprotica do eritema nodoso da lepra.

Reforma do regulamento de alta — DR. NELSON SOUZA CAMPOS — O A. falou sobre a necessidade de reforma do regulamento de alta, pedindo sugestões

aos colegas. Varios pontos do atual regulamento foram debatidos concluindo-se sobre a necessidade de ser incluída a curetagem nasal em todas as revisões clinicas, a punção ganglionar assim como a biopsia das lesões.

Igualmente discutiu-se a situação dos tuberculoides reacionais, internados na fase bacteriológica positiva, e sua situação frente ao regulamento.

Apresentaram sugestões, quer no sumario sobre a reação leprotica, quer sobre as modificações do atual regimento de altas, os srs. drs. Ernani Agrícola, Orestes Diniz, Nelson de Sousa Campos, Mario Artom, Humberto Cerruti, Luiz Batista, Duarte do Pateo. Fernando Lecheren Alayon, Luiz Marino Bechelli, Lauro de Sousa Lima, Moacir de Sousa Lima e Demetrio Vasco de Toledo.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSÃO DE 14 DE JUNHO

Presidente : DR. F. FIGUEIRA DE MELO

Considerações sobre a nova iluminação das salas de aulas noturnas da Escola Profissional Feminina — DR. J. TUPINAMBA'

— O orador depois de salientar os beneficos resultados que advirão para as alunas, espera que em todos os estabelecimentos congêneres sejam instalados tais sistemas de iluminação.

Etiologia do tracoma — DR. NELSON CARVALHO — O autor estuda as varias teorias sobre o agente etiologico do tracoma, os métodos de tratamento, concluindo que essa molestia é uma avitaminose. Apresenta varias observações de tracomatosos curados com vitamina. Acredita, tambem, o autor não ser o tracoma contagioso, lembrando varias observações que provariam o seu modo de ver.

SEDAQUINOL - XAROPE CONTRA TOSSES

Sociedade Paulista de Historia da Medicina

SESSÃO DE 20 DE JUNHO

Presidente : PROF. ULISSES PARANHOS

Um grande sabio amigo do Brasil : von Martius — DR. CARLOS DA SILVA ARAUJO — Estudando os trabalhos científicos do grande sabio bavaro, o conferencista começou acentuando a amplitude e significação das pesquisas feitas por von Martius em nosso país, pesquisas que se estenderam aos varios campos da ciência, desde a botânica, passando pela geologia e a geografia, até a etnografia. Tão valiosa contribuição para o desenvolvimento da

ciência no seculo XIX, afirmou o orador que essa contribuição representava tambem uma demonstração eloquente de amor pelo Brasil, pois, de todos os sabios que o visitaram, no decurso dos dois últimos seculos, nenhum como von Martius estudou com mais carinho as coisas e os homens do nosso país.

Concluindo sua conferencia, o dr. Carlos da Silva Araujo fez com que fossem projetados na tela varios aspectos e elementos comprovadores das suas asserções.

Outras sociedades

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 14 de junho, ordem do dia : O juri inglês e a opinião pública — Dr. J. Soares de Melo ; Indenisação nos casos de fratura — Dr. Renato da Costa Bomfim ; Observação psicologica e psiquiatrica de um medium celebre — Dr. E. de Aguiar Whitaker ; Honorarios medicos e segredo profissional — Dr. Aderson Perdigão Nogueira.

Instituto Biologico, sessão de 13 de junho, ordem do dia : Considerações em torno das Taenias do homem — Dr. Zefirino Vaz ; Profilaxia da tuberculose humana — Dr. J. Grieco.

Sessão de 20 de junho, ordem do dia : Novas reacções de flocculação para o sorodiagnostico da sífilis — Dr. Augusto Cerqueira ; Diag-

nóstico da tuberculose dos animais — Dr. Mario D'Apice.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 27 de junho, ordem do dia : Interposição articular nas fraturas da hipitrodia — Dr. Leopoldo Figueiredo ; Microse asceptica dos casos sesanoides do halux — Dr. Orlando Pinto de Souza.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 12 de julho, ordem do dia : Manifestações cutaneas agudas da Lepra — Dr. Vicente Pecoraro.

Sociedade de Tuberculose de São Paulo, sessão de 17 de junho, ordem do dia : Apresentação de broncografias — Dr. Fabio Belfort ; Pesquisa do B. K. no suco gastrico e nas fézes — Drs. Luiz Santos Fortes e Luiz Oriente.

Philergon, fortifica de fato

a
os
o
e-
s-
lo
ue
is
on
do
is,
r.
m
a-
o-

i-
o-
io
:
as
i-
os
r.

e-
o,
u-
r.

le
o,
le
ol-
co
iz



Terapêutica Moderna de Resultados Visíveis

HISTIDINASE.

UNICA REGISTRADA

Tratamento Bioquímico das

ULCERAS GASTRO DUODENALES

- HIPERACIDIDADES -

EPIGASTRALGIAS DE ORIGEM NÃO ULCEROSAS

*DICERE ET
NON PROBARE
NON EST DICERE.*

Tratamento das úlceras gastro-duodenaes pela associação Histidina-Pepsina

● Observação n.º 1 — A. B. S., brasileiro, solteiro, 21 anos, lavrador.

Ha 2 anos queixa-se de dores no epigastrio. A principio soffria dores logo após a ingestão de alimentos, acompanhadas de sensação de plenitude gastrica, azia, eructações frequentes. A menor compressão sobre o epigastrio exacerbava a dor. Passou assim cerca de 3 mezes.

Não fez restrições alimentares, continuando com a sua alimentação comum, apimentada e pouco variada. Depois desse tempo, a dor precoce foi substituída por uma sensação dolorosa mais aguda e sem localização precisa, com caracter oscilatorio e acompanhada de eructações acidas. Nesta fase comprimia o epigastrio para mitigar as dores. Teve periodos de acalmia seguidos de outros de exacerbção das manifestações gastricas já alludidas. Nestas crises era acometido por constipação intestinal rebelde.

Suspeitamos de processo ulceroso duodenal e praticamos a prova de Katsch para verificação da acidez gastrica e outros dados referentes ás afeções desse segmento.

A prova realizada 27-9-39 mostrou hiperacidez e uma curva escalonada típica. Era pois um dado que confirmava o nosso diagnostico.

O exame radiológico feito alguns dias depois accusava: "estomago apresentando muito espessado e irregular o relevo da mucosa por processo chronico de gastrite. Bulbo duodenal deformado apresentando nicho tipico de lesão ulcerosa". — 29-9-39.

Tratava-se pois de um caso tipico de ulcus duodenal com processo de gastrite concomitante.

O tratamento indicado foi o seguinte: alcalinos, beladona e injeções de solução de cloridrato de histidina pura. Repouso e alimentação adequada. Injeções de histidina em dias alternados.

As melhoras accusadas pelo paciente foram minimas. Mesmo após varios dias de tratamento ainda havia dor tardia, eructações, etc. Atingido o 45.º dia de tratamento e persistindo a maioria dos sintomas, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Esta mostrou a persistencia da hiperacidez e o escalonamento da curva, não accusando pois melhora alguma.

A radiografia feita no dia seguinte confirmava plenamente o resultado da prova funcional, mostrando: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiologicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado, apresentando nicho tipico de lesão ulcerosa chronica". — 18-11-39.

Ante o insucesso da terapeutica pela histidina pura, resolvemos tentar o tratamento pela associação histidina-pepsina. Conservamos as mesmas condições anteriores: alcalinos, repouso, etc. Iniciamos uma série de 18 injeções de Histidinase.

Entre a 4.ª e 5.ª injeção, após um fugaz periodo de exacerbção do processo, notamos sensível melhora no paciente. As dores foram se abrandando á medida que progredia o tratamento, as eructações rarearam, o appetite que diminuira voltou ao normal. Após 30 dias do inicio do novo tratamento, tendo desaparecido todos os sintomas anteriores, resolvemos praticar nova prova de Katsch. Como era esperado, a acidez gastrica voltou quasi aos limites normaes, evidenciando a notável ação do medicamento empregado. A prova radiografica confirmou o sucesso da nova terapeutica, pois accusou: "estomago sem sinais radiologicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado ligeiramente, não apresentando mais o nicho ulceroso visível nos dois exames anteriores".

● Observação n.º 2 — Senhora I. P., 32 annos, hespanhola.

Ha cerca de 2 anos sente dor na região epigastrica e eructações. A dor aparece logo depois de se excerba antes das refeições, para depois de ingestão de alimentos. Os alcalinos achá quente conseguem minorar as dores. Durante crises comprime fortemente a região epigastrica. Os sintomas apresentam fases de acalmia. Logo nova crise aparece com toda a pleiade de manifestações referidas. Obstipação intestinal rebelde. Já foi tratado com preparados á base de histidina sem resultado.

Antes de ser feita a radiografia do estomago, fomos á prova de Katsch. Revelou esta, hiperacidez gastrica (acidez-livre 75.º). A radiografia mostrou gastrite do antro e a radiografia do duodeno, nicho ulceroso da 1.ª porção que se apresentava bem marcada. De posse dessa documentação iniciamos o tratamento com injeções de Histidinase exclusiva. Não preservemos alcalinos e a alimentação ficou liberal. Depois da 5.ª injeção todos os sintomas desapareceram, a paciente aumentou de peso e a boa alimentação e o estado geral melhorou muito. Depois de 18 ampolas e depois de um intervalo de 10 dias nova série foi iniciada.

Está ha 6 mezes em observação e o bom resultado persiste, de nada mais se queixando a paciente. ● Observação n.º 3 — A. R. V., brasileiro, solteiro.

Antecedentes pessoais e familiares sem importancia. De 3 annos para cá tem perturbações digestivas. Começaram por cólicas abdominaes sem causa aparente e sem relação com o processo digestivo. Tinha eructações e tonturas. Os sintomas se agravaram lentamente, sendo que ha 3 annos o appetite diminuiu muito. Eructações frequentes e obstipação intestinal rebelde. Pouco acima do umbilico surgiu dor em pontada irradiando para o flanco direito. Notou fezes negras. A acalmia de 15 dias e sobrevem nova crise. Agora a dor apparecia pela manhã e ia se aggravando cada vez mais com paroxismos que se repetiam varias vezes ao dia.

Suspeitando de processo ulceroso praticamos a prova de Katsch e Kalk que revelou hiperacidez com grande (200 cc.). Hematias, leucócitos de grande abundancia e muito muco. A acidez gastrica e o muco demonstrou logo a presença de um processo chronico intenso, embora a curva não tenha apresentado uma configuração especial.

O exame radiológico do estomago e duodeno mostrou "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiologicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um pequeno nicho tipico de lesão chronica com diverticulo ulceroso do recesso duodenal". — 10-8-39.

Estabeleceu-se o tratamento pelos alcalinos, beladona, repouso e injeções de Histidinase. — 10-8-39.

Alguns dias depois já o paciente accusava melhora.

No dia 18-10 nova radiografia, portanto 10 dias após o inicio do tratamento, revelou: "estomago com aumento do peristaltismo sem sinais radiologicos de lesão organica. Bulbo duodenal deformado apresentando um grande diverticulo pre-ulceroso. Nicho mais o nicho de ulcera verificado no primeiro exame".

J. PELOSI

CHIMICO-PHARMACEUTICO

LABORATORIO E ESCRITORIO:
AVENIDA BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 10

S. PAULO

Estado de S. Paulo - J. Pelosi - Caixa Postal 9881 - S. Paulo
Rio de Janeiro e outros Estados do Brasil :
Schilling, Hillier & Cia. Ltda. - Caixa Postal 1030 - Rio

Ampla literatura a disposição dos Srs. Medicos

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Patologia renal — LEMOS TORRES, Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1941.

O prof. Alvaro Lemos Torres acaba de publicar em elegante volume a série de aulas que proferiu para os alunos da 6.^a cadeira da Escola Paulista de Medicina, da qual também é Diretor. Durante o curso, teve o ilustre professor principalmente a preocupação de estabelecer as bases para o tratamento das glomérulo-nefrites, das nefroses e das nefro-escleroses. Para tanto, iniciou suas aulas recordando a anatomia e a fisiologia do rim, estendeu-se sobre o conceito da "Clearance", discorreu sobre outros dados clínicos e de laboratório, concretizou o conceito e o diagnóstico da insuficiência renal, cuidou demoradamente da uremia e detalhou o exame dos doentes renais — tudo na intenção de bem precisar o diagnóstico dentro da sistemática das molestias renais que explana e justifica, para, por fim, poder conduzir o tratamento de acordo com normas racionais. Dessa forma, as 196 páginas do livro são cheias de ensinamentos de elevado alcance prático, pois versam assuntos com os quais o clínico esbarra quotidianamente. Aulas para estudante, mas manual para o clínico — é o que este livro é.

Tuberculosis y psicopatías — RAMON MELZAR, oficinas Gasperi, Buenos Aires, 1937.

Aparecido a anos, agora nos chega às mãos o interessante livro de Melzar, ainda cheio de atualidade. Nele focaliza o A. a questão da etiologia tuberculosa nas psicoses discordantes, assim chamadas por Chaslin — a demencia precoce de Kraepelin, a esquizofrenia de Bleuler. Faz uma exposição detalhada de conceitos e presunções etiológicas, estudando e criticando as varias teorias apre-

sentadas, para depois discorrer sobre a presunção de uma etiologia tuberculosa nas psicoses discordantes. Passa em revista numerosas observações pessoais e dá conta de sua propria experimentação em cobaios, inoculados com liquor, em que verificou a presença de lesões semelhantes às produzidas pela tuberculose experimental. Por fim, alonga-se no capítulo da terapêutica, mostrando os beneficios da sulfoauroterapia. Como se vê, trata-se de um trabalho interessante, digno da atenção dos psiquiatras.

Clínicas y Crítica quirúrgicas — FRANCISCO RIVERO — Editorial Condor, Caracas, 1941.

Possuidor de largo tirocinio cirúrgico adquirido não só na Venezuela, como em Porto Rico, São Domingos e Estados Unidos, o prof. jubilado de Patologia Cirúrgica da Universidade de Caracas reuniu em elegante volume alguns dos seus trabalhos sobre a especialidade a que se dedicou, escolhendo preciosamente aqueles sobre assuntos de sua predileção ou em que dera um cunho pessoal às considerações feitas. Assim, o volume encerra uma série de temas em que o A. deixa claro a sua opinião abalizada de velho observador, dando à leitura um cunho até certo ponto de originalidade que a torna muito interessante. Entre os assuntos versados, sobressaem o diagnóstico da apendicite, as dilatações agudas do estomago, as perfurações, tíficas, tratamento das fistulas e técnica da intervenção para cura da hernia crural. O volume contém 236 paginas, com muitas ilustrações.

Plantas ictiotóxicas ; farmacologia da Rotenona — CHARLES EDWARD CORBETT, Faculdade de Medicina, São Paulo, 1940.

O A. realizou um interessante estudo farmacológico das plantas empregadas para matar peixes, conquistando com ele o "Premio Orlando Rangel", da Academia Nacional de Medicina. O trabalho foi realizado na cadeira de Farmacologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, da qual é professor o dr. Jayme Regallo Pereira e publicado na serie de monografias premiadas que aquela escola está editando. Assistente da Cadeira, o A. teve orientação e material suficiente para realizar suas pesquisas, produzindo um trabalho que mereceu a alta distinção citada. O volume traz

farta documentação experimental e 157 paginas de texto.

Pinel — RAMON MELGAR — edição do autor, Buenos Aires, 1940.

Em pequeno e elegante volume de 68 paginas, o A. apresenta uma biografia de Felipe Pinel, com a qual se apresentou para o Seminario da cadeira de Historia da Medicina, na Universidade de Buenos Aires. O volume está dividido nos seguintes capítulos: 1) a sociedade ante os alienados até Pinel; 2) antecessores de Pinel na psiquiatria francesa; 3) notas biograficas e reformas da asistencia hospitalar; 4) orientação médico-filosófica de Pinel e 5) a psiquiatria de Pinel.

IMPRENSA MÉDICA PAULISTA

Sumario dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXV, 105-140, maio-junho 1941 — Tratamento do acne e do hirsutismo — Gonzales Torres; Grahamellas de dois Mudrideos do Brasil — A. Carini e Flavio Fonseca; Retificações necessárias — A. Carini; Avario-reação (nova modalidade da reação de flocculação) — Luiz Migliano; Index radioterapico. II tuberculose — P. Pincherle e Miguel Centola.

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, V, 1-52, fevereiro 1941 — Cordoma da parótida — Walter Buengeler; Colectomia derecha; técnica da peritonização y drenage — R. Finochietto e Pedro Esperne; Sistema nervoso simpatico. Dados sobre sua anatomia — Orlando J. Aida; O sinal de "Lemos Torres" nos chamados "Derrames invisíveis" — Mario Robortela.

Folia Clínica et Biologica, XIII, 70-100, 1941 — Pressão venosa — Knesse de Melo, I. D. Le Voci e P. de Vilhena Moraes; 76)

Observações sobre a constituição e a topografia da arcada arterial palmar superficial em negros brasileiros — Trieste Smanio; Diagnostico da molestia de Nicolas-Favre — Carlos da Silva Lacaz.

Gazeta Clínica, XXXIX, 127-158, abril de 1941 — Autohemoterapia intraganglionar na quarta molestia venérea — Gabriel Amato; Reações de Wassermann e de Kahn — Waldomiro de Oliveira; Dois médicos duas instituições — Castro Carvalho; A educadora sanitaria nas escolas — Maria A. de Castro.

Publicações Médicas, XII, 1-72 maio 1941 — Dois casos de sífilis hepática — Lemos Torres e Ulisses Lemos Torres; Alterações do ovo retido — A. Wolff Netto.

Resenha Clínico-Científica, X 167-267, junho 1941 — II Congresso Pan-Americano de endocrinologia: As mais recentes contribuições do Instituto de Endocrinologia de Montevideo — Mussio

Fournier; Hipertensão arterial e climaterio — Aloisio de Castro; Contribuição dos Estados Unidos da America do Norte à Endocrinologia — Elmer Sevringhaus; Regulação da secreção de insulina — B. A. Houssay; O hormônio de crescimento do lobo anterior da hipófise — Herbert M. Evans; Diabete renal — H. Annes Dias; A ação terapêutica do estilboestrol na clínica — Mariano R. Castex e Mario Scheingart; A ação da testosterona sobre a capacidade reacional da gônada imatura aos hormônios gonadotrópicos — Hans Selye; Diminuição da concentração de gonadotropinas nas grávidas pelo emprego de estrogênios — A. Peralta Ramos e F. A. Uranga Imaz; Algumas questões de fisiopatologia da cortical supra-renal — Carlo Foá; Conexões dos reumatismos crônicos deformantes com as paratiroides — J. A. de Mesquita Sampaio e S. Hermeto Jr.; Mecanismo da descida do testículo sob a ação dos hormônios sexuais — Thales Martins; Escolha dos hormônios e das respectivas doses na terapia foli-culínica — José Finochiaro; Fatores endocrinológicos de alguns crimes relacionados à sexualidade — J. Lacaz de Moraes e J. C. da Silva Teles.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XVIII, 67-147, fevereiro 1947 — Poliradiculonevrites generalizadas — E. Vampré e Henrique Sam Mindlin; Conhecimentos de alergia aplicados à medicina prática — Ernesto Mendes.

148-212, março 1941 — Aracnoidite espinhal luética com sintomatologia dolorosa simulando afecção gástrica — Oswaldo Lange e Antonio Lefevre; Clínica dos tumores da próstata — Ataíde Pereira; Conhecimentos de alergia aplicados à medicina prática — Ernesto Mendes.

Revista Clínica de S. Paulo, IX, 107-144, abril de 1941 — A vacinação associada (anatoxinadif-térica — bacterina tifo-disenté-

rica) na prática sanitária — José de Toledo Piza; O hemograma na clínica — Gastão Rosenfeld; Araxá e Prata sob o ponto de vista terapêutico — J. Dutra de Oliveira.

Revista de Gastro-Enterologia de São Paulo, III, 75-115, agosto 1940 — As falsas colites — Damasquino Maciel; A vitamina PP — Martinus Pawel; Tratamento do noma pelo bloqueio — S. P. Ponomarex.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, VII, 87-142, maio-junho 1941 — Poliomielite aguda e sua incidência em São Paulo — F. Borges Vieira; Estudo sobre a Psicologia normal e patológica da emoção — James Ferraz Alvim.

Revista Paulista de Tisiologia, VII, 75-127, março-abril 1941 — Recenseamento tuberculínico em um bairro de São Paulo — Rafael de Paula Souza e Diógenes Certain; Sobre a calcificação pleural — Moacir F. Amorim, Otavio Nebias e José Carlos D'Andretta; Relação entre as reações tuberculinicas e os achados roentgenograficos — Rafael de Paula Souza e Diógenes Certain.

Revista Penal e Penitenciária, I, 250-533, 1940 — Criminalidade e doença mental — Pedro Augusto da Silva e Tomaz de Aquino Collet e Silva Fº; Da temibilidade dos epiléticos — Heitor Carri-lho; Loucura a execução da pena privativa da liberdade — Basileu Garcia; O problema sexual nas prisões — Gonzales Torres e Uli-ses Paranhos; Prisão preventiva, sua origem e finalidade — Aderson Perdigão Nogueira; A educação Profissional na Penitenciária de São Paulo — Alvaro Fies-da Costa; Causas da criminalidade militar — Tomas Pará; Contribuição para a terapêutica da neuro-sífilis — Pedro A. da Silva e Julio de Andrade Silva Jr.; Institutos de Criminologia — Leonidio Ribeiro; Um caso inédito de septicemia pneumocóc-

cica — Aristides Galvão Guimarães; Estigma profissional do agressor — Flaminio Fávero e Hilario Veiga de Carvalho; Impotencia funcional traumática — Cristiano de Souza; Considerações em torno de um suposto caso de apendicite crônica — Marcelo Brant de Carvalho Nogueira.

São Paulo Médico, XIV, 247-326, março-abril 1941 — Modificaciones de la formula sanguinea en los vesiculares agudos — José M. Parisi; Mecanismos nerviosos que intervienen en el desarrollo y funcionamiento de la glandula mamaria — J. C. Barsantini;

Quistos hidaticos del pulmon mé- todo de Lamas y Mondino — Americo Fossati.

Therapia, III, 1-84, janeiro-abril 1941 — Continuação das pesquisas sobre desintoxicações dos venenos das serpentes pelas emulsões de esterinas e seu emprego na imunização ativa — F. Gottdenker e H. Gleich; Tratamento cirurgico da colite trombo ulcerativa — Edison de Oliveira; O falso conceito da blenorragia incuravel — Astolfo di Pino; Bloqueio novocainico das doenças inflammatorias aparelho genito urinario — J. B. de Lima Noce.

VIDA MÉDICA PAULISTA

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Posse do novo diretor — Realizou-se na tarde de 17 de junho no anfiteatro da Faculdade de Medicina de S. Paulo, a cerimonia da posse do novo diretor desse estabelecimento de ensino superior, o professor Benedito Montenegro.

A solenidade contou a presença de autoridades federais, estaduais e municipais, e o anfiteatro estava repleto de alunos e admiradores do novel administrador dessa casa de ensino.

Representando o Interventor Federal, sr. Fernando Costa, compareceu o capitão Guilherme Rocha. Estavam presentes, entre outros, os srs.: capitão Miguel Gouveia Franco, representando o sr. secretario do governo; sr. Sampaio Arruda, sr. Acacio Nogueira, chefe de Policia e seu assistente militar; José Henrique Turner, em nome do sr. diretor Geral do Ensino; e representantes dos srs. secretarios da Viação, Agricultura, Educação, Saúde e Justiça. A congregação da Faculdade de Medicina compareceu integralmente, notando-se ainda os livres docentes e os diretores da Escola Po-

litecnica, Faculdade de Farmacia, respectivamente, e, srs. Antonio Carlos Cardoso e Lineu Prestes, e o vice-diretor da Escola Paulista de Medicina.

O prof. Rubião Meira, reitor da Universidade de S. Paulo, deu posse ao novo diretor da Faculdade de Medicina, pronunciando o seguinte discurso:

“Na renovação dos diretores das Faculdades da Universidade de São Paulo, que os Estatutos firmam para cada tres anos, dando logar ao rodizio de competencias e aproveitamento das vocações administrativas, coube a designação do emerito prof. Benedito Montenegro para a suprema autoridade na Faculdade de Medicina.

Não poderia ter sido mais acertada a escolha. E' que são tantas as qualidades que enchem vossa personalidade, sr. professor, tantos os atributos que exaltam vossa fisionomia moral, tal é a vossa projecção sobre o meio médico, não só paulista, não só brasileiro, mas mesmo fora dos limites que marcam as fronteiras de nossa Patria que vosso nome se recomenda,

qualquer posição em que seja colocado, qualquer posto, por mais espinhoso que seja, a que sejais chamado para servir a ciência ou mesmo para trabalhar em prol de nossa grandeza.

Aqui dentro vossa figura impõe o respeito que se tributa aos grandes Mestres. Vossa vida aqui se iniciou, aqui mesmo se firmou, e foi deste templo de sabedoria, que partiram vossos primeiros passos para alcançar a consagração publica. Foi ao lado do inesquecível professor Bovero, que Benedito Montenegro formou e consolidou seus conhecimentos anatômicos galgou a cathedra de medicina operatoria, e quando, no apogeu de sua carreira de cirurgião já aureolado pelo favor da população, e estigmatizado pela benemerencia patria, atinge, dentro da Faculdade a cathedra de professor de Clínica Cirurgica, a suprema ambição de sua vida professoral. Foram anos de labor intenso e que seus pares acompanharam com atenção e entusiasmo assistindo a peregrinação do mestre através de itinerario encantador que o levou à culminancias dos aplausos e aos fervores do triunfo, não dessa vitoria vasia e incompetente que marca a existencia dos afortunados, mas a dos que atingem o pináculo da montanha com esforço, com o trabalho, com o estudo, com as forças de sua mentalidade e as armas de seu saber. A arte cirurgica não tem segredos em vossas mãos, sr. professor Montenegro, e foi esse dom, com que se nasce, e que o trafego aprimora e aperfeiçoa, que vos tornou notavel e primeiro entre todos que labutam na mesma esfera de atividade. Levastes a cirurgia ao maximo de suas conquistas, e sois o grande artista que com saber empolga o espirito científico desta epocha. Não vos teço elogios, mesmo não é de meu temperamento fazê-los, mas nesta hora de vossa consagração affirmo a verdade que ressalta diante de todos, canto toscamente os hinos de nossa admiração a vossa alta competencia cirurgica. Sois mestres real e vossos alunos são coorte que se

espalham por nosso Estado e fora dele, louvando o vosso ensino bendizendo o vosso nome.

Mas não foi somente o cirurgião consagrado que o sr. Interventor Federal procurou para a direção da Faculdade de Medicina. O grande professor deve ficar na sua cathedra, junto à mocidade que o venera e o aplaude. Não são necessarias outras posições — essa é a mais encantadora para seu espirito, é a mais reconfortadora para quem assiste, orgulhoso, seus ensinamentos seguidos com devoção e carinho. E' que sois tambem excelso administrador e já destes sobejas provas quando reformastes e dirigistes a Faculdade de Farmacia e Odontologia. Com vosso tato, com dedicação e entusiasmo a levantastes da confusão em que estava reunistes soldados de valor a vosso lado e conseguistes impo-la como centro de ensino capaz e eficiente.

Essa demonstração de vosso animo condutor impressionou notavelmente a administração publica e vosso nome ali ficou gravado perenemente e consagrado direfor, cuja ação é seguida pelos que vos sucederam e imitada pelos que reconhecem vosso valor e vossa competencia.

A Faculdade de Farmacia reconheceu vossa dedicação, e vosso busto, que se destaca no "hall" daquele estabelecimento, é preito e homenagem à sabia direção que imprimistes àquella casa — busto aberto à administração e muitas vezes ao fervor publico, que se ajoelha diante dele, como se fora de santo, de D. Bosco, que a população do bairro procura enaltecer e venerar. E, quem sabe se no engano de admiração e respeito vai realmente muita gente, com consciencia e verdade, ajoelhar-se diante do cirurgião que salvou muita vida, do operador que entrega à existencia muito individuo condemnado. Esse simbolo é aca-riciador para a mente do profissional e reconfortante para o animo do batalhador. E' a consagração dos ignorantes e da massa, que, na confusão, presta homenagem de gratidão a quem tanto

bem faz com a divina arte de curar, com seu dourado bisturi salvador e regenerador.

Administrador tendes sido de hospitais e de casas de saúde e sempre com devotamento e espírito disciplinado e disciplinador. Agora aqui, na Faculdade de Medicina, tendes de levar a termo o nosso grande programa, iniciado por vosso antecessor, o prof. Cunha Mota, que apoiado pelo governo levantou o hospital para o ensino médico. A sua construção está a se terminar e vós tendes de aparelha-lo para a aprendizagem clínica. Os olhos de vossos pares voltam-se para vós neste momento e esperam, de vossa energia, de vossa coragem cívica, de vosso amor a esta casa, de vossa competência, deis fim a essa obra monumental, que aqui perto patenteia a grandeza de nossa missão. Esse é o problema maior que tendes de considerar, e eu faço apelo a vossos sentimentos de paulista para que enfrenteis a solução última da construção desse hospital que é a pedra lapidar de nosso ensino, a realização velha do sonho de nossa mocidade e nosso, a cupula de nosso edifício universitário. Estou certo de que esse é também o vosso desejo e vossa aspiração, e que dareis toda a soma de vossa força e do vosso prestígio para conseguir o término desse monumento que marcará o apogeu de nossa Faculdade.

Senhor professor Montenegro :

Em vossas mãos está o destino desta Casa. Vossas mãos são de artista e de conditor de homens. Olhai a Faculdade como filha de vosso espírito e de vosso coração e dai-lhe as horas de trabalho necessárias para aumentar-lhe o valor, e, assim, tereis pago a vossa dívida para com ela, que vos armou cavalheiro das justas do bem, e os colocou as esporas de ouro no itinerário da vida, que a tendes feito para o benefício e para a ciência, salvando vidas e ensinando a juventude a salva-las, maior gaudío para quem traz o pensamento nas recompensas do céu e nas bênçãos da humanidade".

80)

O professor Cunha Mota, a quem o professor Montenegro sucedeu no cargo de diretor da Faculdade de Medicina proferiu um discurso cujo tópico inicial é o seguinte :

"A escolha do exmo. sr. prof. Benedito Montenegro para suceder-me na direção da Faculdade de Medicina, constituiu para mim, motivo da mais viva e sincera satisfação.

Unidos que sempre fomos por leal e inalterada amizade, aprendemos de Bovero o culto à nossa ciência e com Arnaldo o amor a nossa Faculdade. A esse culto e a esse amor temos dedicado todas as nossas energias consagrando, a tão elevado ideal, toda a nossa existência.

Como ilustre mestre de cirurgia que sois, as vidas que tendes restituído, os sofrimentos que tendes mitigado resultem da vossa alta competência e a sociedade por isso vos consagra, vossos colegas vos admiram e vossos alunos vos respeitam.

Sem o brilho da vossa, a minha vida se vai escoando no silêncio dos laboratórios, a procurar na morte o segredo da vida, o enigma dos males incuráveis, a causa e o modo por que somos atingidos e destruídos, pesquisando, investigando, experimentando e tendo como recompensa apenas a satisfação confortadora do dever cumprido".

O professor Ludgero Cunha Mota falou a seguir, das suas realizações como diretor do estabelecimento, terminando por dizer :

"Os esforços que dispendi, os sacrifícios e as lutas que mantive nada representam ante a recompensa de tê-lo visto surgir aos poucos, crescer e elevar-se na majestade sólida da sua envergadura de cimento e ferro.

E ele lá está, esperando apenas para desempenhar a sua missão de amor e altruísmo como símbolo de solidariedade humana que o dotais da aparelhagem e equipamento necessários ao seu perfeito funcionamento.

A vós sr. prof. Montenegro, caberá essa tarefa. Em vossa escola e a vosso exemplo tendes consegui-

do formar mestres que ontem vos foram discipulos. Conheceis, como poucos, as necessidades dos serviços clinicos e dos serviços hospitalares. Temos, por isso, a certeza que haveis de organizar o nosso Hospital à imagem da vossa competencia e do vosso saber.

Meu caro amigo, felicito a Faculdade de Medicina por ter-vos como seu atual diretor".

O sr. Bindo Guida Filho, presidente do Centro Academico "Osvaldo Cruz", saudou, em nome de seus colegas de curso, o sr. Benedito Montenegro.

As palavras do sr. Bindo Guida Filho foram as seguintes :

"O Centro Academico "Osvaldo Cruz" em nome do corpo docente da nossa Faculdade, tem a honra de dirigir-vos a palavra para saudar-vos neste momento de alegria para todos nós.

Figura que goza de grande simpatia nos meios estudantinos, quer pelas suas qualidades de Mestre na verdadeira acepção da palavra, quer pela sua fabilidade de amigo sincero, dispensa qualquer elogio.

Aqui estamos para vos dizer, com toda a simplicidade, das palavras que nasciam do coração afloram aos nossos labios com toda a singeleza, sem receber o clorido sugestivo das tintas ou o artificialismo do adorno gracioso.

Os academicos de Medicina vos trazem as mais sinceras felicitações pela vossa justissima nomeação para o cargo de diretor da nossa Escola".

Visivelmente comovido com as homenagens de que era alvo, o professor Benedito Montenegro assomou à tribuna e, sob vibrantes aplausos, pronunciou o seguinte discurso :

"Avesso, que sempre fui, às solenidades aparatosas, preferia que minha investidura no cargo de diretor da Faculdade de Medicina se desse com maior simplicidade, sem as pompas desta cerimonia.

Curvo-me ante as exigencias de dispositivo expresso dos estatutos da Universidade, que ordena seja a posse do diretor de suas Faculdades realizada em sessão solene.

Honra-me, sobremaneira, receber de vós, sr. professor Rubião Meira a confirmação do ato com que o exmo. sr. Interventor Federal, me elevou ao alto posto de condutor dos destinos deste cenáculo que o espírito clarividente de Arnaldo Vieira de Carvalho organizou e cujo patrimonio moral, científico e material seus sucessores não só conservaram, mas, pelo seu trabalho inteligente e perseverante conseguiram aumentar.

Aprez-me que sejais vós, magnifico Reitor, um dos meus pares na Congregação desta Faculdade quem venha presidir esta solenidade, emprestando-lhe maior brilho com a vossa presença porque sois astro de primeira magnitude na constelação medica nacional e reconhecido como professor dos mais brilhantes e dos mais cultos.

Vossas palavras cheias de fé e de entusiasmo pelas iniciativas nobres sempre encontraram agasalho no espírito da mocidade que frequenta este templo de trabalho e de meditação e sempre serviram de incentivo aos que labutam ao vosso lado ; pois, por isso, um exemplo digno de ser imitado.

Sr. professor Cunha Mota :

Sucedendo-vos, na direção desta Faculdade, em um momento historico de sua existencia, qual o da construção e instalação do Hospital de suas clinicas, estou conceio da responsabilidade que vai passar sobre meus ombros.

Se a vós coube a tarefa ingente de levantar o esqueleto do edificio e ele está aí majestoso, erguendo-se vertical para os céus, como a implorar, desde já, a benção divina para os que necessitarem do seu abrigo, para tratamento dos seus males, a mim tocará a não menos ardua incumbencia de dinamizar todo o seu organismo, equipando-o e movendo suas complicadas engrenagens para que cada uma execute com perfeição a tarefa que lhe for cometida e todas, numa sinergia admiravel de ação, ponham o intrincado mecanismo em funcionamento suave, silencioso, eficiente. Louvo o trabalho que realizastes porque a propria experiencia me diz que são neces-

sarias uma paciência beneditina e uma indomável força de vontade para trilhar a estrada que percorrestes, pois, longe de ser plana e macia, ela é ingreme e por demais aspera.

Conseguistes vencer as dificuldades porque tivestes o apoio de um governo que soube compreender o alcance da obra a se realizar e porque, idealizando o futuro, trabalhastes com os olhos fitos nos tempos passados, em que todos nós, abandonando comodidades materiais, nos lançávamos como ainda hoje nos lançamos ao trabalho construtor da grandeza da nossa Faculdade de Medicina. E, ao assumir este posto, é com o pensamento nesse passado de labutas duras porém profícuas que eu invoco aqueles dias para que sejam os de amanhã e para que todos nós, sem quebra de continuidade, prosigamos na construção do monumento que o genio de Arnaldo Vieira de Carvalho tão carinhosamente iniciou mas que não teve a ventura de terminar.

Invoco seu espirito para que paire perenemente em nossas cabeças orientando-nos no caminho que nos conduza à realização de seus sonhos.

De minha parte, sempre procurei pautar os meus atos pelo caminho reto do dever, cumprindo as obrigações que me são impostas, com rigorosa exatidão.

Nunca me abandonara a fé e o entusiasmo por minha profissão e por todo o trabalho que me tem sido confiada; nunca meu espirito se fechou às lutas pelos ideais de perfeição, ao contrario, a coragem de enfrenta-las tem sido sempre seu característico; nunca minhas mãos depuseram os instrumentos de trabalho, salvo para o indispensavel descanso, quando extenuados os musculos. Espero poder redobrar de esforços para corresponder à confiança em mim depositada pelo Governo do Estado e para transformar em realidade as esperanças que os meus bondosos amigos afigam, mas, pouco poderei fazer sem o auxilio dos companheiros de Con-

82)

gregação, força suprema que na realidade move os destinos desta instituição e é para eles que eu volto, neste momento, as minhas vistas, é para eles que eu dirijo um caloroso apelo no sentido de colaborarem comigo como até agora têm feito com os meus predecessores, afim de, com todo o nosso esforço, com toda nossa dedicação, com todo nosso saber levantarmos este templo das nossas devoções que ha de permanecer como um exemplo do amor com que servimos nossa Faculdade, para bem servirmos esta gloriosa terra de Piratininga.

Na sua estrutura basica pouco ha que fazer; seus laboratorios funcionam com precisão admiravel, graças às suas aprimoradas instalações e a orientação segura dos titulares das respectivas cadeiras; o aproveitamento do corpo docente é fato reconhecido, não só no paiz como no estrangeiros e o nome da Faculdade expande-se rapidamente por todos os centros de estudo mercê da publicação de importantes trabalhos de investigação realizados por aqueles que, abnegadamente, consomem toda a sua existencia à procura da verdade e que são o lídimos impulsadores dos progressos da ciencia.

Mas, os laboratorios representam apenas a base da grande estrutura que está mutilada sem o seu complemento indispensavel, sem o abrigo imprescindível para as suas cadeiras de clínicas.

Felizmente, essa falha que tanto nos preocupava vai desaparecer dentro de prazo compativel com os recursos financeiros de que dispuzer o Tesouro Estadual.

O funcionamento do Hospital das Clínicas, parte integrante e inseparavel da Faculdade de Medicina, impõe-se como uma necessidade publica, sem que nos esqueçamos da sua finalidade principal, que é a de recolher material humano para o ensino da clinica com todas suas modalidades — a propedeutica, as pesquisas de laboratorio, a investigação científica, a terapeutica.

Com a sua construção, o número de leitos gratis, a disposição dos indigentes do Estado, elevar-se-á de mil, número suficiente para desafogar a superlotada Santa Casa e para dar às clínicas da Faculdade lugar adequado para o seu bom funcionamento.

Será concretizada a velha aspiração dos que vêm, com magua, a Faculdade de Medicina mutilada e que anseiam por vê-la completada e funcionando como um todo harmonioso, uno e indiviso.

Amparado pelo governo do exmo. sr. Interventor Federal, que tão auspiciosamente inicia suas atividades e a quem externo meus agradecimentos pela honra que me concedeu elevando-me a tão alto posto, secundado pelo espírito clarividente do excelentíssimo sr. secretario da Educação e Saude Publica, cuja amizade me prezo de cultivar e que foi, não tenho dúvida, fator decisivo na escolha de meu nome e a quem, tambem, de coração agradeço mais essa prova de estima; auxiliado pela Congregação, cujos membros têm a consciencia sempre voltada para o cumprimento dos seus deveres, estou certo que não desmerecerei da confiança em mim depositada e do prestigio que me conferem minha investidura, mas, se por maldade de fados adversos, perceber que estou traindo aos altos designios do cargo que vou ocupar, saberei recuar com a dignidade dos que, compreendendo os seus erros, deixam, expontaneamente, o lugar para quem melhor possa servir as elevadas finalidades da administração publica.

Sr. Professor Rubião Meira :

Agradeço-vos emocionado as palavras por demais elogiosas que houvestes por bem dirigir-me; reconheço não possuir os predicados que exaltaes em minha pessoa, pois estou conecio do meu desvalor; interpreto vossa oração como fruto da nossa longa amizade e de um convivio de cerca de três dezenas de anos, passados juntos em lutas por um ideal que é o do aperfeiçoamento do nosso ensino medico.

Sinto-me reconfortado com as vossas expressões e pois que faleis em nome dos companheiros de Congregação, interpretando os seus sentimentos, regosijo-me com o apoio que me prometem e posso tranquilizar-me porque minha tarefa será, com esse apoio, certamente, coroada de exito.

Sr. professor Cunha Mota :

Já vos disse, de inicio, o que penso de vossa atuação no cargo que hoje me transmitis; honro-me em poder continuar a obra que encetastes; ela é grandiosa e foi até aqui realizada com mão de mestre e, se puder completa-la, terei a consciencia tranquila de quem soube executar o mandato que lhe foi outorgado.

Agradeço-vos os conceitos emitidos sobre minha personalidade e os votos de felicidade que me formulais.

Senhores alunos :

Sois, nesta casa a razão de ser da sua existencia, por isso, deveis trata-la com carinho, diligencian-do-vos por atingir com o maximo de aproveitamento a meta desejada. Sois os vanguardeiros de nossa civilização, pois sereis amanhã o que somos hoje, batalhadores incançaveis pelo progresso e pelo bem estar da humanidade.

Muitos dos que tomam assento nestas catedras doutorais já ocuparem os bancos que hoje lustrais E' preciso colaborar com os vossos mestres, amenizando-lhes os encargos de suas funções para que mais amplos e mais proveitosos sejam os seus ensinamentos.

Mirai no exemplo dos que aqui passaram e que hoje são lideres da profissão e da Sociedade; podeis, se fordes diferentes, estudiosos e disciplinados chegar aos mais ambicionados postos.

Vejo com satisfação que recebestes com simpatias a escolha de meu nome para dirigir a instituição que elegestes para vossa formação espiritual e profissional.

Agradeço-vos as carinhosas palavras com que me saudais por intermedio do vosso inteligente interprete.

Agradeço, por fim, a todos aqueles que se dignaram de abrilhantar esta cerimonia, a ela comparecendo e a mim emprestando o apoio moral que tanto conforta o

prosseguir nos seus empreendimentos.

São manifestações como esta que nos incitam a trabalhar pela humanidade”.

Colegio Brasileiro de Cirurgiões

Sessão de instalação do Capítulo de São Paulo — No dia 7 de julho de 1941, na residência do dr. Benedito Montenegro, à rua Pará, n.º 81, às 21 horas, reuniram-se os membros estaduais do Colegio Brasileiro de Cirurgiões residentes na capital de São Paulo e que são os seguintes; drs. Benedito Montenegro, Edmundo Vasconcelos, Eurico Branco Ribeiro, Francisco Elias Godoy Moreira, João De Lorenzo, Mario Otobri Costa, Octacilio Gualberto de Oliveira, e Sebastião Hermeto Jr. Na qualidade de membro estadual mais antigo entre os presentes, o dr. Benedito Montenegro expoz os motivos da reunião, que consistiam na organização e instalação do Capítulo de São Paulo do Colegio Brasileiro de Cirurgiões. Depois de ler os varios artigos dos Estatutos referentes aos capítulos estaduais, anunciou que se ia proceder à eleição do mestre do Capítulo de São Paulo, que recaiu por indicação geral na pessoa do dr. Benedito Montenegro. Tomando, então, posse do cargo para o qual acabava de ser eleito, o dr.

Benedito Montenegro declarou instalado o Capítulo de São Paulo do Colegio Brasileiro de Cirurgiões e, de acordo com os estatutos, designou para secretario o dr. Eurico Branco Ribeiro. A seguir passou a expor os trabalhos que tem dispendido no sentido de levar a efeito o III Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia, do qual é presidente e que será realizado pelo Colegio Brasileiro de Cirurgiões. Depois de longa troca de idéias entre os presentes, ficou decidido que o Capítulo de São Paulo faça ciente à Diretoria do Colegio Brasileiro de Cirurgiões de que os membros paulistas ora reunidos são de opinião que se adie a realização desse Congresso para o proximo ano. A seguir, o dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou que se devia solicitar do Colegio Brasileiro de Cirurgiões a regulamentação das atividades dos Capítulos, com a sua possível participação na escolha dos novos membros estaduais e nas contribuições monetarias, afim de ter elementos para cobrir as suas necessarias despesas.

Colegio Brasileiro de Urologistas

Posse da primeira diretoria — Realizou-se no dia 25 de Julho no salão nobre do Clube Commercial, em sessão solene, a posse da primeira diretoria do Colegio Brasileiro dos Urologistas, eleita no dia 4 de junho último, data da fundação da sociedade.

A diretoria eleita é a seguinte; presidente, prof. Luciano Gualberto; vice-presidente, dr. Ferreira

84)

Santos; secretario-geral, dr. José Martins Costa; 1.º secretario, dr. Eduardo de Sousa Aranha; 2.º secretario, dr. Geraldo de Campos Freire; 1.º tesoureiro, dr. Mario Pernambuco e 2.º tesoureiro, dr. Malta Cardoso.

Comissão de sindicancia — Dr. Darci Vilela Itiberê, dr. Jarbas Barbosa de Barros e dr. Nelson Baeta Neves.

Comissão de redação — Dr. Carlos de Moraes Barros, dr. Augusto da Mota Pacheco.

O Colegio, cuja sede fixa é nesta capital, terá seus presidentes moveis, escolhidos entre os membros das seções regionais estaduais.

A secção do Distrito Federal já está instalada, contando com o apoio da maioria dos urologistas da capital do país, bem como dos Estados do Paraná, Rio Grande do Sul Minas e Bafia.

Escola Paulista de Medicina

Cursos permanentes de aperfeiçoamento para médicos e oculistas — A Clínica oftalmológica da Escola Paulista de Medicina, que desde 1937 vem realizando anualmente cursos de aperfeiçoamento em oftalmologia não só para a revisão geral da materia e sistematização de conhecimentos basicos, mas tambem para a mise-au-point dos assuntos mais atuais da especialidade, reconhecendo a necessidade de proporcionar aos que desejam especializar-se a possibilidade de a qualquer tempo obter os ensinamentos técnicos necessarios, resolveu instituir os — CURSOS PERMANENTES DE APERFEIÇOAMENTO.

Os CURSOS PERMANENTES DE APERFEIÇOAMENTO EM OFTALMOLOGIA serão dados em qualquer época, devendo os interessados dirigir-se à Clínica afim de obterem

maiores detalhes a respeito. Esses cursos poderão ser realizados com qualquer número de alunos, desde que sejam preenchidas as condições estipuladas.

Os CURSOS PERMANENTES DE APERFEIÇOAMENTO EM OFTALMOLOGIA incluem entre outras as seguintes disciplinas: Refração ocular; Exame com lampada de fenda e microscopio corneano; Oftalmologia; Terapeutica ocular; Propedeutica ocular; Cirurgia ocular.

O proximo curso geral de aperfeiçoamento, nos moldes dos que se vêm realizando anualmente, e sem prejuizo da realização dos cursos permanentes, terá logar no mês de janeiro de 1942.

Os interessados deverão dirigir-se à Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina, à rua da Liberdade, 683, S. Paulo.

CONGRESSOS MEDICOS

I Congresso Latino Americano de Cirurgia Plástica

Realizou-se no dia 9 de julho uma reunião com o fim de se tomar deliberações relativas a varios assuntos. E' apresentada proposta relativa à inclusão de novos socios de varios países latino-americanos. Debateu-se, em seguida, a escolha da sede do proximo Congresso de Cirurgia Plastica e, por proposta do delegado argentino

dr. Ernesto Malbec, escolheu-se a Republica Argentina como local onde se realizará o proximo certame, dada a importancia desse país em face da especialidade. Entrou a seguir em debates o problema relativo a escolha dos temas officiais do proximo Congresso, tendo sido escolhidos os que se seguem:

1 — "Tratamento das fissuras velo-palatinas", que terá como relatores os argentinos drs. Delapiane Rawson e Hector Marino e o delegado uruguaio dr. Enrique Apolo. Por proposta do dr. Urzua o segundo tema aprovado refere-se ao

2 — "Tratamento das grandes perdas de substancia da face", cujos relatores serão; professor Oscar Ivanissevich, da Argentina, e professor Mario Kroeff e David Adler, do Brasil.

Logo após realizou-se a eleição do Conselho Executivo, da presidencia de honra e do Conselho de Honra do 2.º Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plastica, que ficaram assim constituídos: Conselho Executivo: presidente, Lelio Zeno (Argentina); vice-presidente, Rafael Urzua (Chile); vice-presidente, Ferrari (Argentina); secretario, Ernesto Malbec (Argentina); tesoureiro, Palacio Posse (Argentina). Presidencia de Honra: professor Oscar Ivanissevich (Argentina), professor Antonio Prudente (Brasil), professor Enrique Finocchietto (Argentina), professor Ceballos (Argentina), Conselho de Honra: professor Alvaro Covarrubias (Chile), professor Ugo Pinheiro Guimarães (Brasil), professor Godoi Moreira (Brasil), dr. Guilherme Armanino (Uruguaí), dr. Ricardo Finocchietto (Argentina), dr. Pablo Mirissi (Argentina), dr. Rebelo Neto (Brasil), dr. José Velez (Perú), dr. Linneu Silveira (Brasil), dr. Odilon Alves (Brasil), dr. José Maria Jorge (Argentina), dr. David Adler (Brasil), dr. Juan Francisco Recalde (Paraguai), dr. Lutero Vargas (Brasil), dra. Maria Julia de Lara (Cuba).

No dia 10, ás 8 horas, houve uma sessão operatoria no Hospital Alemão e na Santa Casa de São Paulo, estando os serviços da primeira a cargo do professor Antonio Prudente.

Estiveram em visita ao Hospital Alemão, assistindo à referida sessão, os medicos Oscar Ivanissevich, Alvaro Covarrubias, Lelio Zeno, Pizzarro Crespo, Hector Marino, Delpiane Rawson, Jaime Sala Lo-

pes, Rebagliatti, Odilon Alves, João de Lorenzo e Assad Nameri Abmur, que fazem parte do Congresso Sul-Americano de Cirurgia Plastica. Os visitantes foram recebidos pelo dr. Antonio Prudente, presidente do Congresso, e dr. Georges Arié, seu assistente. Estavam presentes tambem os drs. Oliveira Pereira, Heitor Prestes, Frederich Mueller e outros.

Na sala de operações daquele hospital, o dr. Prudente exhibiu aos congressistas um dos casos mais raros de cirurgia plastica, pelas dificuldades extremas que o caracterizam. Tratava-se da regeneração muscular da região glutea, em fistula do sacro operada.

Pelo historico do caso, relatado pelo dr. Arié, os presentes tomaram conhecimentos das diversas fases por que ele passara, tendo a paciente sofrido seis operações. O dr. Prudente, tomando conta do caso depois de tratar da fistula, uma das maiores conhecidas, iniciou a regeneração muscular por um método seu, considerado revolucionario na especialidade. A regeneração está sendo conseguida apenas com repouso e applicações de sangue, extraído, no ato, da propria doente.

Os médicos sul-americanos presentes mostraram-se impressionados com os resultados conseguidos pedindo pormenores que lhes foram fornecidos.

Em seguida, passou o dr. Prudente a operar uma emagioma da face, numa criança de 19 meses. Era o segundo tempo de tratamento e tratava-se tambem de um caso extremamente curioso, a que os médicos assistiram com evidente interesse.

O terceiro caso apresentado foi uma demonstração de rinoplastia total n. 3, tempo da reconstrução total do nariz, num paciente adulto, trabalho que vem sendo executado pelo dr. Antonio Prudente, naquele hospital.

No momento está em processo a reconstituição do osso, com pequenas laminas retiradas do frontal. Conforme verificaram os visitantes, a ossificação vai adiantada, bem como a reconstituição mus-

cular, constatando-se que o nariz em formação é dotado de sensibilidade. O paciente, que não possuía absolutamente o apêndice nasal, depois de pronto o tratamento te-lo-a perfeito.

Concluída a demonstração, os congressistas retiraram-se seguindo para o Sanatório Santa Catarina, onde já os esperava o professor Benedito Montenegro, diretor clínico do hospital, acompanhado de varios colegas.

A's 18 horas e meia desse mesmo dia, no Palácio dos Campos Eliseos, o Interventor Federal, sr. Fernando Costa recebeu os membros do 1.º Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plastica.

Compareceram à recepção altas autoridades civis e militares, tendo o dr. Fernando Costa e sra. palestrado demoradamente com os ilustres visitantes, aos quais foi servido um "cock-tail".

No dia 11, às 15 horas, na sede da Associação Paulista de Medicina, teve lugar a primeira sessão plenária do 1.º Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plastica nesta Capital. A sessão, que esteve assás concorrida, foi aberta pelo professor Antonio Prudente, que passou a presidência ao professor Alvaro Covarrubias, delegado oficial do Chile, tomando assento à mesa os drs. Hector Marino, representante da Argentina e Rebelo Neto, membro do Conselho de Honra do Congresso.

Todas as comunicações foram amplamente debatidas, tendo o professor Lelio Zeno, de Rosario, exibido dois interessantes filmes sobre cirurgia do pavilhão auricular e sobre o tratamento das queimaduras, procurando demonstrar seus pontos de vista em torno dos problemas debatidos.

A's 21 horas, também na sede da Associação Paulista de Medicina, realizou-se a reunião conjunta da seção de cirurgia daquela Associação com o Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plastica.

Abrindo a sessão, o professor Antonio Prudente passou a presidência ao professor Ivanissevich, da Argentina, fazendo parte da mesa que dirigiu os trabalhos também o dr. Euríclides de Jesus Zerbini.

Foram relatores do tema oficial — "Inclusões em cirurgia plastica" — os drs. Ernesto Malbec, de Buenos Aires, e J. Rebelo Neto, de São Paulo.

A seguir, tiveram início as comunicações seguintes: do professor Lelio Zeno (Rosario) e dr. Palácio Posso (Buenos Aires), sobre "Inclusões em cirurgia plastica"; do dr. Lineu Silveira (Sorocaba), sobre "O problema das inclusões nos portadores de nariz em sela de origem leprotica"; finalmente, falou o dr. Odilon Alves (Belo Horizonte), sobre "Inclusão do marfim no nariz em sela, por via transuperciliar".

Congresso Pan Americano de Oftalmologia

Para facilitar o intercambio do conhecimento científico entre os oftalmólogos do hemisfério, foi organizado, ha alguns meses, na cidade de Cleveland, nos Estados Unidos, o Congresso Pan Americano de Oftalmologia.

Entre a mais franca cordialidade foi eleito presidente o dr. Harry S. Gradle de Chicago, o qual havia promovido com entusiasmo a idéa da dita organização.

Para representar as diversas nações do hemisfério foram eleitos os seguintes: Drs. S. Hanford McKee, de Montreal, Canadá; Tomas R. Yanes de Havana, Cuba; José Pereira Gomes, de São Paulo, Brasil; A. Vasquez-Barriere, de Montevideo, Uruguai; Edward Jackson, de Denver, Colo., Estados Unidos; Frank Brawley de Chicago e F. Belgeri, de Buenos Aires, Argentina. Fo-

ram nomeados secretários executivos: Dr. Moacir E. Alvaro de São Paulo e Dr. Conrad Berens de Nova York.

Haverá também um concílio permanente composto de um representante de cada um dos países do hemisfério. O representante será nomeado pela sociedade nacional de oftalmologia; nos países onde não existir essa sociedade, a or-

ganização pedirá ao governo que designe um membro para o concílio.

Nessa primeira reunião os membros do Congresso muito se ocuparam em elaborar planos para várias atividades.

A próxima assembléia do Congresso Pan Americano de Oftalmologia se reunirá em 1943, em Montevideo.

HEXOSE - GLICOSE A 50% POR VIA VENOSA

Pesquisa da alça jejunal em cirurgia gástrica

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

— Preço 5\$000 —

Pedidos ao autor — Caixa Postal, 1574 — S. Paulo

RAIOS X

Dr. J. M. Cabello Campos

MEDICO-RADIOLOGISTA

Radio-Diagnostico — Exames

Radiologicos a domicilio



Consultorio:

RUA MARCONI, 94

(Predio Pasteur)

Telephone: 4-0655

Residencia:

RUA TUPY, 593

Telephone: 5-4941

SÃO PAULO

*Não diga uma colher, mas diga
uma colherada de*

Philergon

*às refeições e terá empregado
um fortificante de paladar
agradavel, um fortificante
que fortifica de fato*

SANATORIO SÃO LUCAS

CIRURGIA. GYNECOLOGIA. OBSTETRICIA



Diretores:

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

e

DR. JOSÉ RIBEIRO DE CARVALHO

★

RUA PIRAPITINGUI, 114

Telefone, 7-4020

SÃO PAULO

